

INFORMATION TO USERS

This manuscript has been reproduced from the microfilm master. UMI films the text directly from the original or copy submitted. Thus, some thesis and dissertation copies are in typewriter face, while others may be from any type of computer printer.

The quality of this reproduction is dependent upon the quality of the copy submitted. Broken or indistinct print, colored or poor quality illustrations and photographs, print bleedthrough, substandard margins, and improper alignment can adversely affect reproduction.

In the unlikely event that the author did not send UMI a complete manuscript and there are missing pages, these will be noted. Also, if unauthorized copyright material had to be removed, a note will indicate the deletion.

Oversize materials (e.g., maps, drawings, charts) are reproduced by sectioning the original, beginning at the upper left-hand corner and continuing from left to right in equal sections with small overlaps.

Photographs included in the original manuscript have been reproduced xerographically in this copy. Higher quality 6" x 9" black and white photographic prints are available for any photographs or illustrations appearing in this copy for an additional charge. Contact UMI directly to order.

ProQuest Information and Learning
300 North Zeeb Road, Ann Arbor, MI 48106-1346 USA
800-521-0600

UMI[®]

**L'ADOLESCENT À PROBLÈMES MULTIPLES
SOUFFRANT DE TROUBLES PSYCHOSOMATIQUES**

par

Francis LaPan

Travail de recherche présenté

au

**Département d'Enseignement de l'Art et
de Thérapies par les Arts**

**Comme exigence partielle en vue de l'obtention
du grade de Maîtrise ès Arts
à l'Université Concordia
Montréal, Québec, Canada**

Avril 2001

© Francis LaPan, 2001



National Library
of Canada

Acquisitions and
Bibliographic Services

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Bibliothèque nationale
du Canada

Acquisitions et
services bibliographiques

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file Votre référence

Our file Notre référence

The author has granted a non-exclusive licence allowing the National Library of Canada to reproduce, loan, distribute or sell copies of this thesis in microform, paper or electronic formats.

The author retains ownership of the copyright in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque nationale du Canada de reproduire, prêter, distribuer ou vendre des copies de cette thèse sous la forme de microfiche/film, de reproduction sur papier ou sur format électronique.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur qui protège cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

0-612-68527-6

Canada

Sommaire

Cette recherche veut mettre en valeur le potentiel de l'art-thérapie, et démontrer que cette discipline offre une alternative valable pour aider l'adolescent souffrant de troubles psychosomatiques.

Cette étude examine d'abord le développement psychocorporel et psychosexuel, de l'enfance à l'adolescence, afin de bien comprendre la place et le rôle psychodynamique du corps dans les troubles psychosomatiques. Un examen des diverses conceptions symptomatologiques et étiologiques nous permet de mieux saisir ce qui distingue les approches cliniques en psychanalyse, en psychosomatique et en psychopathologie. L'ensemble des indications psychothérapeutiques issues de ces disciplines nous aide à mieux cerner celles qui sauraient prendre en compte les vulnérabilités de l'adolescent à l'intérieur d'une approche multimodale en art-thérapie.

Une approche «généraliste» en psychosomatique est ensuite appliquée à une étude de cas concernant un adolescent à problèmes multiples souffrant de troubles psychosomatiques. Cette étude de cas approfondie est divisée en trois parties : la description bio-psycho-sociale de la problématique, l'examen de la relation et du processus thérapeutique de l'art-thérapie et enfin, l'analyse de la production d'images exécutées en art-thérapie. Un cadre de référence psychanalytique est appliqué à l'interprétation du processus thérapeutique et à l'analyse des images. L'analyse des phénomènes de mentalisation, de régression et de somatisation à travers un processus thérapeutique impliquant la médiation par l'image, nous permet de mieux comprendre comment l'art-thérapie peut aider l'adolescent souffrant de troubles psychosomatiques.

Abstract

This research wants to put in value the potential of art therapy, and demonstrate that this discipline is a valuable alternative to help the adolescent suffering of psychosomatic troubles.

This study first examine psychosexual development from infancy to adolescence, in order to better understand the psychodynamic role of the body inside of psychosomatic troubles. The examination of various symptomatologic and etiologic conceptions permits us to better seize what distinguishes clinical approach in psychoanalysis, in psychosomatic and in psychopathology. The overall psychotherapeutic indications stemming from these disciplines helps us to better define the ones that could take in count the adolescent's vulnerability inside a multi-modal approach in art therapy.

A « generalist » approach in psychosomatic is then applied to a study case concerning an adolescent with multiple problems suffering of psychosomatic troubles. This study case is divided in three parts : a bio-psycho-social description of the problematic ; the examination of the therapeutic relation and process of art therapy ; and finally : the analysis of images created in art therapy. A psychoanalytical frame of reference is applied to the interpretation of therapeutic process and images. The analysis of « mentalisation », « regression » and « somatisation » phenomenon, through therapeutic process implying a mediation by the image, permits us to better understand how art therapy can help the adolescent suffering of psychosomatic troubles.

Remerciements

Je remercie Lealand Peterson et Denise Tanguay, membres du comité de la faculté, pour leur patience, leur encouragement et leurs commentaires, qui m'ont aidé à mener ce travail à terme.

Je remercie également ma famille et mes amis pour leur affection et leur appui.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
Les problèmes psychogéniques et psychosomatiques.....	1
Objectifs.....	3
Hypothèses.....	4
Démarche.....	4
 PREMIÈRE PARTIE : PSYCHOSOMATIQUE ET ADOLESCENCE	
 Chapitre 1 : Les représentations singulières du corps et de la maladie.....	8
De l'indifférenciation à la différenciation de l'image du corps.....	9
Le stade du miroir.....	10
Le complexe d'Oedipe et la phase de latence.....	10
Puberté et adolescence.....	11
Normalité de la dépressivité, de l'anxiété et des somatisations.....	12
Prévalence des troubles psychosomatiques à l'adolescence.....	13
Nosologie.....	14
Les somatisations lésionnelles et non lésionnelles.....	14
Approche pharmacologique et thérapeutique de la psychiatrie clinique.....	15
Thérapie cognitive et comportementale des troubles somatoformes.....	15
Théories psychosomatiques : défaillance du préconscient et psyché du somatisant.....	18
1- La pensée opératoire.....	18
2- La relation objectale allergique ou fusionnelle.....	18
3- La névrose de comportement.....	19
4- La notion de mentalisation.....	19
Le symptôme comme dysfonction issue de l'enfance.....	20
Approches psychothérapeutiques issues de l'école de Paris.....	20

Sélection des candidats et aménagement des séances.....	21
Les symptômes somatiques en tant que signes du sujet.....	22
Le fonctionnement mental analogique.....	24
Représentations de la santé et de la maladie chez l'adolescent.....	24
 DEUXIÈME PARTIE : ÉTUDE DE CAS	
Chapitre I : L'adolescent à problèmes multiples souffrant de troubles psychosomatiques.....	27
Description biopsychosociale de la problématique.....	28
De l'enfance à la délinquance.....	28
Problèmes psychosomatiques et famille.....	30
Structuration psychosomatique et dépression masquée.....	31
Systémique et rapport au corps et à la maladie.....	32
Les effets de la violence directe et indirecte.....	33
Conduites à risque, assuétude aux sensations fortes.....	33
Maladies et manifestations psychosomatiques de la peau.....	35
1- <i>Prurits</i>	36
2- <i>Dermatoses allergiques</i>	36
3- <i>Psoriasis</i>	36
Dépression masquée.....	37
Le fonctionnement psychosomatique défaillant.....	37
Névrose.....	38
Présentation nosologique de l'étude de cas.....	38
Résumé.....	39

Chapitre II . Relation et processus thérapeutique de l'art-thérapie

Autour de la délinquance (5 rencontres).....	40
Premiers transferts et contre-transferts.....	41
Les problèmes apparaissent (8 rencontres).....	46
Des révélations qui lèvent le voile de la confusion (5 rencontres).....	66
Phase finale (6 rencontres)	78

Chapitre III . Analyse de la production d'images

Expression de type « haptique » et choix formels.....	85
Représentation de soi et degrés de figuration.....	87
Corps et espaces fragmentés et distordus.....	87
Alternance entre bonne et mauvaise mentalisation.....	90
Cénesthésie, aise ou malaise : origine de la culpabilité.....	91
Image de soi et relation objectale.....	94
Représentation de soi : perception subjective de la santé et de la maladie.....	95
1- La violence niée ou alarmiste.....	97
2- Le rapport au corps.....	97
3- La sexualité.....	98
4- Deux formes d'angoisse exacerbées.....	98
Représentation et adaptation en situation normale ou facilitante.....	98
CONCLUSION	100
RÉFÉRENCES	109
Bibliographie générale.....	118

Liste des figures

Figure 1	42
Figure 2	48
Figure 3.....	54
Figure 4.....	62
Figure 5.....	63
figure 6.....	69
figure 7.....	77
figure 8.....	81
figure 9.....	83
figure 10.....	89
figure 11.....	93
figure 12.....	96

INTRODUCTION

Les problèmes psychogéniques et psychosomatiques

À regarder de près les troubles psychogéniques impliquant le corps, on se retrouve rapidement confronté à des manifestations de l'inconscient dans ce qu'elles ont de plus insidieux et morbide. Le corps humain est un agencement symbolique propre à chacun qui relève également de l'imaginaire et du réel (physique, organique, biologique, etc). Or, la personne qui vit des troubles somatoformes ou des troubles psychosomatiques mobilise ses défenses pour demeurer soit au plan de l'imaginaire du corps, soit au plan du réel du corps, ou encore utilise son corps comme s'il était devenu une réalité extérieure. C'est donc dire que le corps est devenu une réalité ou un imaginaire qui sert à camoufler les angoisses et l'expression des conflits.

Le problème mis en relief dans ces troubles, est le suivant : l'angoisse fondamentale est devenue pathologique, dans le sens qu'une lutte s'effectue contre l'angoisse pour l'empêcher de traverser du côté conscient. Il y a dans ces troubles des problèmes liés au refoulement qui amènent soit à réprimer, à transformer ou à cliver l'affect. Par exemple la personne qui a une structure phobique imaginera une peur liée au corps pour se protéger de l'angoisse. Apparaîtront alors des problèmes de types hypocondriaques ou des peurs de dysmorphies corporelles, pour ne nommer que ceux-là. Une personne de structure névrotique luttera contre des angoisses de culpabilité, et aura recours à la maladie comme une punition et elle y trouvera des bénéfices secondaires. Une personne ayant une structure hystérique souffrira de malaises « conversionnels » à travers lesquels différentes parties de son corps symboliseront les traumatismes vécus. Les personnes souffrant de troubles

compulsifs détourneront leurs angoisses associées à des pulsions agressives dans divers comportements paradoxaux, où la dimension du contrôle se greffe à quelque chose qui aliène. Nous assistons alors à des troubles comme l'anorexie qui prive le corps dans un rituel, ou encore les assuétudes et addictions qui déplacent l'angoisse dans un objet ou enfin, les conduites à risque qui jouent avec l'idée de la limite et de la mort.

Lorsqu'on parle de troubles « purement » psychosomatiques, on arrive au clivage de l'affect qui produit une sorte de « court-circuitage » du préconscient. Dans ce cas on ne parle plus de rapport au refoulement, mais d'une régression qui invalide la mentalisation et la symbolisation. Or, comme nous le dit Joyce Mc Dougall, la fonction de la vie psychique est d'assurer par l'affect une protection de l'organisation somatique (1982). La personne qui « désaffecte » son corps le rend donc par le fait même vulnérable. Il s'ensuit que la fonction onirique s'écroule et que la psyché décharge directement sa tension dans « un corps sans parole » nous dit encore Mc Dougall (1989). Au plan économique, on assiste à une montée d'anxiété c'est à dire de tension nerveuse, et cette excitation s'accumule dans le corps. Ce qui risque alors d'arriver c'est que cette tension attaque de façon lésionnelle un organe, ou pire, les fonctions du système organique, et que la personne tombe gravement malade (Marty, 1991). La personne souffrant d'un trouble psychosomatique croit que son problème est essentiellement physiologique et de façon répétée consulte le médecin.

À l'adolescence les troubles psychosomatiques ne sont pas structurés comme chez l'adulte (Pelsser, 1989). L'adolescence est une période de construction des défenses et les troubles psychosomatiques typiques à cette phase seront éventuellement résolus. De plus, si à l'âge adulte des troubles psychosomatiques réapparaissent ce ne seront pas les mêmes (idem).

Objectifs

Cette recherche veut mettre en valeur le potentiel de l'art-thérapie, et démontrer que cette discipline offre une alternative valable pour aider l'adolescent souffrant de troubles psychosomatiques. Il nous semble possible que l'art-thérapie puisse aider l'adolescent souffrant à construire des défenses adéquates de façon à lui permettre de résoudre ses conflits et ses angoisses.

L'art-thérapie s'appuie sur la médiation par l'image. Ce cadre ouvre une voie d'accès privilégiée à des représentations subjectives impliquant globalement la sensibilité. Faire une image implique une médiation corporelle qui permet d'établir une meilleure communication entre la réalité interne et externe. La production d'une image en thérapie pourrait ainsi conférer le pouvoir de s'approprier l'expérience corporelle (Keller, 1997). Or, nous pensons qu'une attention au langage non-verbal et verbal dans la séance, de même qu'une analyse fine de chaque étape impliquant l'image pourrait nous aider à mieux saisir les problèmes psychosomatiques et mieux communiquer avec l'adolescent. Le client qui construit une image s'inscrit dans un rapport imaginaire avec l'autre (self). Il y a déjà là un fait à constater : de l'analogie à l'imaginaire métaphorique le langage plastique permet de suppléer aux manques de la langue. À l'étape de l'interprétation, de l'histoire au discours, l'imaginaire va s'activer dans un va-et-vient entre l'image et soi-même pour engager un dialogue avec l'autre. Ces rapports vont stimuler les défenses, les résistances et le transfert. Néanmoins, le client pourra retourner son transfert vers l'image et tempérer ainsi la force de ses résistances. Ainsi, puisque l'association libre, la relation et la communication avec le thérapeute sont maintenues et poursuivies, un processus de correction émotionnelle nous semble ici possible à travers l'art-thérapie.

Hypothèses

- 1) L'art-thérapie est une forme thérapeutique créative et motivante qui permet d'engager l'adolescent dans le traitement de ses problèmes de santé.
- 2) Les modalités variées de l'art-thérapie permettent de s'ajuster à la singularité du sujet souffrant de troubles psychosomatiques.
- 3) L'aménagement à double dialogue, non verbal et verbal de l'art-thérapie, crée un environnement facilitant qui répond aux besoins de l'adolescent en difficulté et qui favorise l'intégration psychosomatique.
- 4) La mise en jeu des processus de production, d'expression et de création d'images, stimule le processus complet de mentalisation de l'adolescent souffrant de problèmes psychosomatiques.
- 5) L'exécution libre et spontanée d'images en art-thérapie revalorise l'image dans le transfert et permet à l'adolescent somatisant de construire des défenses adéquates, d'explorer les liaisons psychosomatiques et de faire évoluer ses représentations subjectives de la santé et de la maladie.

Démarche

Notre premier chapitre est théorique. Il présentera au lecteur un aperçu succinct du point de vue freudien sur le corps. Nous examinerons ensuite comment le corps se construit à travers les échanges d'abord avec la mère, ensuite avec le couple de parents et enfin avec le social. Évidemment, nous nous attarderons plus longuement sur l'adolescence. L'importance sera de bien faire comprendre le rôle d'un environnement facilitant qui aide l'adolescent à assumer et surmonter ses conflits. La prévalence des troubles

psychosomatiques à l'adolescence nous permettra de constater des différences d'attitudes entre les genres en ce qui concerne le rapport au soin et au système de santé. Nous décrirons ensuite deux tendances de la clinique psychosomatique : une médicale « explicative » des défaillances reliées aux failles du développement. Dans cette tendance nous distinguerons la psychopathologie et la psychosomatique. Nous nous concentrerons sur la psychosomatique issue de l'école de Paris pour décrire ce qu'on entend par « défaillance du préconscient ». Le concept de mentalisation de Pierre Marty sera mis en valeur puisque cette notion sera importante tout au long de ce travail. Enfin, nous arriverons à ce qui constitue le cadre de référence que nous voulons privilégier en art thérapie : une clinique « descriptive du registre psychologique » qui considère le savoir du malade et qui cherche à réinvestir l'affect et la logique subjective par l'expression analogique et métaphorique. Nous terminerons ce chapitre en examinant plus spécifiquement les représentations de la santé et de la maladie chez l'adolescent.

Dans l'étude de cas que nous présenterons, au chapitre deux, nous adopterons une « approche généraliste » et « multicausale » en psychosomatique afin de mieux comprendre l'ensemble des dimensions en jeu chez un sujet adolescent souffrant de troubles et de maladie psychosomatiques. Le choix de l'individu en cause, un adolescent masculin dit « à problèmes multiples » (Marcelli, 1997b), nous permet de mettre en rapport différents problèmes. Nous pourrions ainsi illustrer une logique d'ensemble qui appuie les aspects essentiels que nous cherchons à mettre en relief soit : la compréhension générale de la problématique psychosomatique de cet adolescent masculin, la situation familiale alimentant les conflits et les aspects névrotiques du jeune, le processus thérapeutique de l'art-thérapie et enfin, l'analyse de la production artistique reflétant les problèmes et les changements. Pour ce faire, notre étude

de cas se divisera en trois chapitres qui mettront en relief les éléments essentiels de la clinique et de la recherche :

1) Adolescent à problèmes multiples souffrant de troubles psychosomatiques

La description bio-psycho-sociale de la problématique sera traduite à travers l'histoire de l'adolescent au sein de sa famille et du social. Les conflits, les problèmes systémiques et les rapports à la maladie seront présentés en lien avec les troubles névrotiques et psychosomatiques de l'adolescent. Nous verrons comment l'effet des violences vécues se traduisent en réactions : « actes - symptômes » et « addiction » aux sensations fortes. Le corps qui sert d'objet transitoire est sollicité constamment aux actions performatives. Chez cet adolescent, une grande vulnérabilité au niveau de la peau se traduit en diverses manifestations psychosomatiques : psoriasis, dermatoses et allergies. Le fonctionnement psychosomatique défaillant sera expliqué sous l'éclairage de la mentalisation incertaine et l'hypothèse d'une dépression masquée est avancée. Enfin, nous traduirons ces problèmes en termes nosologiques.

2) Relation et processus thérapeutique de l'art thérapie

Nous décrirons ici une démarche en art-thérapie clinique exercée à travers des approches humaniste, existentielle et objectale. Nous mettrons en relief un sujet adolescent à travers son langage, son savoir propre sur ses problèmes et dans la manifestation de ses souffrances. La relation et l'évolution du processus thérapeutique seront mises en valeur par le choix de six moments de la production d'images. Une description méticuleuse de moments caractéristiques importants de la thérapie permettra au lecteur de comprendre des résistances, des régressions, de « l'acting out », des transferts et des contre transferts typiques. Certains exercices et techniques particulières l'art thérapie

seront également décrits et expliqués afin de bien comprendre les processus en jeu. En relatant l'évolution des dialogues et des interprétations d'images, nous tenterons de montrer que les symptômes portés dans l'image deviennent significatifs pour les deux partenaires en art thérapie. Grâce à l'image et la relation d'objet, l'adolescent aura la chance d'échapper à certains déterminismes et symptômes.

3) Analyse de la production d'image

Nous présenterons un classement de l'ensemble de la production de cet adolescent afin de reconnaître dans l'image les caractéristiques formelles, sémiologiques et iconographiques liées aux phénomènes psychosomatiques. Voici quelques exemples : l'expression de type haptique et ses formes répétitives, des représentations de soi réalistes ou métaphoriques, des représentations archaïques du corps, fragmentaires ou distordues, des représentations abstraites des «sensations-émotions» ou de la cénesthésie, etc. Ces classements nous permettront d'étudier diverses hypothèses concernant l'image inconsciente du corps, l'alternance entre bonne et mauvaise mentalisation, la relation objectale, la représentation subjective de la santé et de la maladie, etc.

Enfin, dans notre conclusion nous constaterons l'importance d'effectuer de la recherche en psychosomatique tout en examinant le bien-fondé des hypothèses qui nous ont motivé tout au long de notre travail.

PREMIÈRE PARTIE : PSYCHOSOMATIQUE ET ADOLESCENCE

Chapitre I :

Les représentations singulières du corps et de la maladie

La psychanalyse présente le corps comme un « tissu représentatif » du moi qui procède du langage, de l'imaginaire, de l'expérience et du contexte. Le fonctionnement psychocorporel serait lié aux capacités d'élaboration des excitations et aux rapports entre sujet, corps et organisme. Nous examinerons d'abord l'appropriation du corps dans le développement. Nous décrirons ensuite deux tendances de la clinique psychosomatique : une tendance médicale « explicative du défaut ou de la carence, qui vise à soigner l'organisme par thérapeutique médicale ou par des psychothérapies spécifiques cognitives ou objectales. Ensuite, une tendance « descriptive du registre psychologique » considérant le savoir du malade, qui cherche à réinvestir l'affect et la logique subjective, par l'expression et l'imagination analogique ou métaphorique. À l'adolescence, il est normal de vivre des somatisations passagères, aussi les troubles psychosomatiques ne sont pas structurés comme chez ceux de l'adulte. Le jeune a besoin d'un environnement facilitant et d'un « pare-excitations ». Enfin, nous examinerons les représentations types de la santé et de la maladie chez l'adolescent. Celles-ci nous semblent la base sur laquelle l'art-thérapie ajustera ses traitements .

Freud a démontré comment la paralysie hystérique répond à l'idée ou représentation qu'une patiente se fait de l'organisme (Sédat, 2000). Il en déduit que l'organisme humain est doublé d'un *tissu de représentations* et que ce tissu est soit le *corps* soit le *moi*. Freud invente un nouveau *corps* distinct de l'organisme, un *corps* marqué et circonscrit par les représentations du sujet. Pour Freud, le moi est d'abord « moi corporel », non seulement « être de surface » mais « projection d'une surface ». Ce corps serait, par moment, partie inconsciente du moi ou lieu d'où le sujet peut dire « moi » (Dolto & Nasio, 1987).

En étudiant le langage, le vécu, le discours et les images d'un sujet, se découvrirait une souffrance singulière et un corps « psychisé ». La psychanalyse affirme que le corps et le langage ont une incidence sur l'organisme qui ne fonctionne adéquatement que lorsque s'entretient un rapport correct entre

corps, organisme et sujet (Capdevielle & Doucet, 1999). De ce point de vue, la maladie est singulière et résulte de la problématique du sujet.

Le rêve, l'art, la rêverie ou le comportement permettent d'observer les traces mnésiques de l'inconscient traduites en image du corps morcelée, disloquée, démembrée ou indifférenciée. Ces phénomènes seraient issus d'angoisses, d'agressivités ou de fantasmes faisant écho aux états régressifs et au sujet divisé. Le corps n'est pas donné à la naissance, il faut se l'approprier ; et même si, à l'âge adulte, on l'intègre comme unité, l'image du corps, elle, demeure vulnérable et changeante, soumise aux variations de l'affect ou du conflit. Ces questions relèvent de la psychosomatique. C'est pourquoi nous examinerons maintenant certaines lignes du développement psychocorporel de la naissance à l'adolescence.

De l'indifférenciation à la différenciation de l'image du corps

L'enfant naît inachevé, indifférencié, sans autre langage qu'organique et dépendant de sa mère pour survivre (Lemay, 1983). Celle-ci répond aux besoins et par ses soins agit comme «*pare-excitations*». L'harmonie du climat affectif dispose l'enfant à transformer les stimuli en expériences significatives et permet l'évolution vers la reconnaissance de l'objet (Spitz, 1968). Au 3^{ème} mois apparaissent les fonctions de *contenir* car les stimuli épidermiques ont créé une «*peau* », une limite (Bick, 1968). Comment l'enfant a été tenu et manipulé détermine le début du Self et de l'intégration, dit Winnicott. L'incorporation aide aussi à lutter contre l'angoisse de désintégration (Gantheret, 1997). Le processus d'individuation s'engage au 4^{ème} mois et par tous ses sens l'enfant reconnaît les humeurs maternelles. Le climat affectif devient un signal cénesthésique auquel il réagit globalement. Vers 6 mois, la «*bonne* » et la

« mauvaise » mère fusionnent et l'objet émerge, unique. L'objet du plaisir devient fantasmatique et l'image de satisfaction devient désir. Auto-érotique, la sexualité, dès lors, s' imagine et se crée. Jusqu'à 9 mois, l'enfant lutte contre l'angoisse de persécution. Des phénomènes transitionnels se développent alors, grâce à l'attitude apaisante et sécurisante de la mère qui présente un objet au bon moment et permettant à l'enfant d'arriver à terme avec l'objet (Gantheret, 1997). Le plaisir favorise ici l'établissement de l'objet et la frustration catalyse l'évolution (Spitz, 1968).

Le stade du miroir (6 -18 mois) Jacques Lacan (1949)

L'enfant rencontre sa réflexion et devant celle-ci s'arrête, gesticule, vit cette expérience de façon ludique. *L'imgo du corps* est constituante de l'unité du moi. Se reconnaissant dans le tissu représentatif, une relation de l'organisme à la réalité s'établit. Les effets formatifs d'une gestalt visuelle sur l'organisme met en opération le rôle du « double » dans l'introjection et la projection ultérieures et établissent un espace génétique influençant les formes d'identifications mimétiques. Se voir comme unité séparée en situation permet l'avènement du «sujet» et l'organisation du rapport au monde perçu. Néanmoins, il s'agit d'une épreuve où l'enfant se sent limité et impuissant devant sa dépendance à l'autre duquel il n'est pas différencié. Ainsi, le miroir installe le moi dans l'identification imaginaire du désir de l'autre (Guyomard, 1997).

Le complexe d'Oedipe (2 -5 ans) et la phase de latence (6 -8 ans)

Le complexe d'Oedipe met en place le système triangulaire de relation au père et à la mère. S'organisent alors les désirs amoureux, l'hostilité et la rivalité à l'égard des parents qui s'intériorisent en fantasmes. Face à l'énigme du sexe,

l'enfant construit ses réponses et positions. Il confronte ses désirs aux interdits et rencontre la castration constituant le surmoi. De là se fixent, presque définitivement, les exigences de la jouissance et le choix du sexe, le sujet s'assurant une base pour ses identifications futures (Alberti & Sauret, 1996).

La phase de latence est une période où les pulsions diminuent, où affects et relations objectales se désexualisent. Les désirs érotiques refoulés se transforment en tendresse et les mécanismes de défense se solidifient par refoulement, formation réactionnelle et sublimation (Freud, 1958).

Puberté et adolescence

La croissance paisible s'interrompt à la puberté. Les changements psychiques et somatiques provoquent une excitation pulsionnelle et une activité intense et continue. Les transformations du corps, de la psyché, du monde intérieur et du monde extérieur sont une épreuve psychique qui place le jeune au centre de contradictions. La capacité d'assumer le conflit psychique devient alors facteur essentiel de changement (Marcelli, 1997a). L'éveil de ces problèmes est similaire à ceux des premiers stades de la vie, comme si se récapitulait la petite enfance. Ainsi l'évolution n'est possible que par l'intrication complexe avec un environnement facilitant (Winnicott, 1971).

Un bon milieu de vie agit comme contenant, il aide à mettre les mots sur l'acte émotif et à formaliser le conflit. La sexualisation et l'individuation poussent à sortir de la famille pour investir, dans des relations affectives et tisser des liens sociaux. Les parents s'inscrivent alors dans le processus de deuil et de séparation en ajustant leurs rôles et fonctions aux nouvelles modalités de relation. Ils doivent peu à peu reconnaître l'adolescent comme adulte sexué et sujet de plein droit. De part et d'autre, ces changements sont confondants et confrontants. Le fantasme de grandir est agressif, car il signifie faire sa place et

finalement prendre la place du parent, nous dit Winnicott (1971). Le mouvement de désidéalisation affecte les parents qui doivent néanmoins rester vigilants, faire preuve de compassion, limiter les risques et confirmer le jeune dans ses capacités. Ainsi, la famille et le social jouent des rôles «facilitants » qui aideront l'adolescent à assumer et surmonter ses conflits.

Normalité de la dépressivité, de l'anxiété et des somatisations

À l'adolescence les pulsions se manifestent et tous les mécanismes de défense sont employés pour combattre des anxiétés (Freud, 1958). Confronté à ses limites et face à l'inconnu, l'adolescent voit son devenir comme imposé ou incertain. La libido de l'adolescent devra aussi se détacher des parents et s'investir dans de nouveaux objets. La problématique de la perte d'objet est alors source d'angoisse et d'affects dépressifs. Le jeune vit ces bouleversements sans expérience ni repères, il manque de mots pour dire et, de plus, il a de la difficulté à les verbaliser. À travers les difficultés, l'anxiété et les crises, l'espace psychique ne peut bien souvent se représenter ces conflits. Les mécanismes d'élaboration étant moins développés, l'adolescent réagit spontanément par le biais du corps, il somatise et agit ses conflits (Pelsser, 1989). C'est ainsi qu'il tente de résoudre ses tensions et d'exprimer sa détresse. Par ces langages régressifs, celui-ci réintègre une position infantile et satisfait ses besoins de dépendance, tout en ne les reconnaissant pas. L'adolescent a de la difficulté à grandir et à rompre les liens. Celui-ci se défend contre le lien avec l'objet infantile et se bâtit des «défenses de retrait» (*removal*), nommées ainsi par Katan en 1937. Ces défenses amènent à déplacer la libido, renverser les affects, retirer la libido dans le soi et parfois même à régresser (Freud, 1958). Les fréquents symptômes flous, malaises ou plaintes ne sont pas synonymes de troubles, mais plutôt de difficultés passagères d'adaptation (Arsenault, Gagné & Girard, 1997). De plus, la réactivité variable de l'adolescent fait qu'il n'y a pas

de temps pour que s'organisent des troubles. L'adolescence exclut donc la question de la structuration des problèmes retrouvée en psychosomatique adulte (Pelsser, 1989).

Prévalence des troubles psychosomatiques à l'adolescence

Les troubles fonctionnels les plus fréquents à l'adolescence sont l'énurésie, les céphalées, les douleurs abdominales, l'insomnie et l'anorexie. Ces premiers sont spécifiques à l'adolescence et normalement transitoires, tandis que les maladies psychosomatiques les plus courantes comme l'asthme, l'obésité et les allergies sont issues de l'enfance et risquent de perdurer toute la vie (Pelsser, 1989).

La prévalence des troubles est mal connue, car le système de soins est peu utilisé par le jeune qui est ambivalent et a honte de son besoin d'aide. Les professionnels seraient perçus comme des parents incapables de les comprendre (Laget & Halfon, 1997). Ce peu de consultation peut faire croire que l'adolescent est en pleine forme (Michaud & Turz, 1997). Dès 14 ans, le garçon consulte moins que les filles. Pour conserver sa prestance, le garçon aborde rarement les questions de santé, de douleur et de sexualité. Certaines études avancent que les consultations pour troubles psychosomatiques triplent après vingt ans (Choquet, Michaud & Frappier, 1997). C'est pourquoi les professionnels de la santé déplorent les retards diagnostiques résultant souvent en maladies graves chez le jeune adulte, nous dit Jacquin (1997). Selon les études, 50 % des patients adultes consultent pour des troubles et maladies psychosomatiques et le médecin clinicien occupe 75% de son temps à gérer ces problèmes (Pautler, 1991). Tous ces faits nous incitent à adopter une approche globale et préventive face à l'adolescent.

Nosologie psychosomatique (Lalonde, Aubut, Grunberg & al, 1999)

Actuellement le DSM-IV (Reid & Wise, 1994) distribue le champ psychosomatique dans trois secteurs où le corps se trouve impliqué dans l'expression morbide organique ou fonctionnelle du patient. Nous reconnaissons deux entités diagnostiques : les troubles somatoformes et le trouble factice. L'autre secteur relève de l'axe III où l'on précise les « Facteurs psychologiques influençant une affection médicale » où l'on traite de la maladie psychosomatique. La notion de somatisation est ici objet d'évaluation et de classification : *involontaire*, elle est soit lésionnelle ou non lésionnelle ; *volontaire*, elle est simulation avec ou sans présentation somatique. Dans ce travail, nous examinons les somatisations involontaires.

Les somatisations lésionnelles

Elles sont des affections médicales influencées par des facteurs psychologiques. La maladie psychosomatique est définie en termes d'atteinte organique ou fonctionnelle évoluant sous l'influence de facteurs psychologiques et comportementaux. Cette approche identifie les facteurs prédisposant, précipitant ou perpétuant la maladie : troubles mentaux et psychologiques, traits de personnalité, styles adaptatifs, comportements inadaptés en matière de santé et réponse physiologique à l'état de stress.

Les somatisations non lésionnelles

Elles sont des somatisations accompagnant d'autres troubles psychopathologiques sans lésions organiques et se retrouvent dans les syndromes suivants : troubles de somatisation, trouble somatoforme indifférencié, trouble de conversion, trouble douloureux, hypocondrie, peur d'une dysmorphie corporelle et trouble somatoforme non spécifié. D'autres

entités telles la dépression, le trouble de panique et le trouble d'adaptation sont souvent touchées par la somatisation.

Approche pharmacologique et thérapeutique de la psychiatrie clinique

Les clients montrant des problèmes somatoformes peuvent être référés en psychiatrie clinique. L'approche pharmacologique est alors envisagée, que l'on complète parfois d'une autre thérapie spécifique. La thérapie cognitive et comportementale est le plus souvent suggérée au patient. Si le problème est plus sévère, on fera appel au psychosomaticien.

Thérapie cognitive et comportementale des troubles somatoformes

Les théories cognitives postulent qu'une anomalie perceptive et cognitive se trouverait à la base des troubles somatoformes. Par exemple, une mauvaise interprétation des symptômes pourrait plonger le malade dans une détresse psychologique augmentant ses douleurs. Ce patient croirait alors apercevoir chez lui les indices d'une maladie grave, ce qui l'amènerait à réclamer des consultations médicales pour se rassurer (Arsenault, Gagné & Girard, 1997). Cette thérapie tente alors d'identifier, d'analyser et de modifier l'ensemble des facteurs influençant la perception et l'inquiétude du somatisant.

Les thérapies behavioristes s'appuient sur l'hypothèse du comportement social appris. Dans ce modèle, la somatisation est considérée comme une communication sociale en vue d'obtenir une reconnaissance. Par exemple, un individu qui se plaint de malaises physiques suscite l'inquiétude de son entourage duquel il obtient de l'attention et des soins. Les privilèges attachés socialement à la condition et au « rôle de malade » constituent un bénéfice secondaire qui risque de renforcer le comportement. Les thérapies

behaviouristes se concentrent alors à reconnaître, analyser et modifier les transactions interpersonnelles liés aux comportements inadéquats des somatisants et de leur entourage.

À titre d'exemple nous examinerons un modèle de plan de traitement cognitif et comportemental des troubles somatoformes décrit par Sharon L. Johnson (pp. 54-60, 1997). Nous précisons qu'il s'agit d'une pratique clinique dans un contexte de consultation - liaison intrahospitalière. Le médecin aura référé au thérapeute un patient souffrant de troubles somatoformes. Le patient est donc volontaire pour entreprendre une démarche thérapeutique dont le but est de modifier ses attitudes, croyances, perceptions et comportements en regard de sa santé. Nous précisons également que le thérapeute utilise une approche empathique qui valide l'expérience émotionnelle et réelle des symptômes. Par contre, si le thérapeute confirme une vérité et une réalité à la souffrance subjective, celui-ci établit un plan conjoint avec le patient pour éliminer les fausses perceptions et les comportements morbides au moyen d'un apprentissage correcteur.

a) Améliorer la capacité de faire face (coping)

Le thérapeute examine et confronte les croyances irrationnelles liées aux symptômes. Il encourage l'apprentissage de la ventilation des émotions et de techniques de relaxation.

b) Éliminer les déficits cognitifs et éduquer

Le thérapeute évalue la connaissance du patient des liens entre ses fonctionnements psychologique et physiologique. Il encourage le développement de techniques auto-évaluatives et éduque sur les moyens de gérer le stress, l'anxiété et la peur.

c) Augmenter la conscience et connaissance des relations entre le fonctionnement émotif et les symptômes physiques

Le thérapeute identifie les points de vulnérabilité subjectifs et les situations interpersonnelles qui précipitent et intensifient la douleur et le stress. Il encourage le patient à faire de l'activité physique et à utiliser des techniques de résolutions de problèmes et de gestion de stress de façon à prévenir les crises.

d) Améliorer l'image du corps

Le thérapeute évalue les fausses conceptions et distorsions liées à l'image du corps. Il détourne l'attention des perceptions distordues, encourage les comportements de soins et renforce positivement les facteurs favorisant l'estime de soi.

e) Améliorer le soin de soi

Le thérapeute encourage le patient à suivre son traitement et le motive à soigner son hygiène et son esthétique.

f) Abaisser ou éliminer les perturbations de la perception

Le thérapeute identifie les gains primaires et secondaires et le comportement manipulatif reliés aux symptômes. Il encourage la personne à clarifier ses objectifs et son échéancier. Il propose des outils de gestion de stress et renforce les tests de réalité. Il encourage la personne à bien utiliser les ressources.

g) Augmenter l'estime de soi

Le thérapeute facilite l'identification des forces chez le patient et fait le point de mire sur la réussite. Il enseigne la communication affirmative et la pensée positive. Enfin il encourage à faire des choix qui responsabilisent le patient dans ses comportements .

h) Éduquer à des techniques de gestion de stress

Le thérapeute enseigne des techniques de relaxation et de gestion de temps.

Les théories psychosomatiques : défaillance du préconscient et psyché du somatisant

Tout le monde somatise lorsqu'une situation stressante amène à dépasser son seuil habituel de tolérance. Par contre, les théories psychosomatiques considèrent plutôt ces situations sous l'angle intrapsychique en observant le fonctionnement du préconscient lorsqu'entre en jeu la souffrance, l'anxiété ou les troubles somatiques. Cette discipline s'appuie donc sur les théories de l'inconscient freudien mais traite d'abord l'économie psychique du somatisant à la base des troubles. Les théories psychosomatiques considèrent que certaines structures de personnalité seraient plus vulnérables et que celles-ci réagiraient à tout excès de tension psychique par la maladie. Pour comprendre ces types de somatisants, nous examinerons les principaux concepts de l'école de Paris et certaines notions de cliniciens qui s'y réfèrent.

1- La pensée opératoire

Elle a été désignée par Marty et de M'Uzan en 1963. Il s'agit d'une forme de pensée et d'expression délibidinalisée, comportementale, sans métaphore ni symbole, coupée des fantasmes. Ce fonctionnement rappelle l'*alexithymique* de Sifnéos, un individu manquant de mots pour exprimer ses affects, donc inapte à l'empathie (Duguay, 1996).

2- La relation objectale allergique ou fusionnelle

Elle a été décrite par Pierre Marty en 1958. Il s'agit d'un trouble majeur des processus d'identité et de l'individuation dans lequel le sujet perçoit mal

son unicité et son identité. Celui-ci fusionne avec ses objets d'amour, prêtant à l'autre ses propres qualités et s'appropriant celles de l'autre. L'impasse narcissique et la crise allergique sont simultanées lorsque le patient constate l'altérité de l'autre (Duguay, 1996).

3- La névrose de comportement

Elle a été décrite par Marty en 1976. C'est une névrose mal mentalisée et une structure plus vulnérable que les autres à la somatisation et à la désorganisation. Elle se caractérise à travers l'action et l'expression du moment présent, alors que les représentations mentales sont peu nombreuses ou superficielles (Duguay, 1996).

4- La notion de mentalisation

La notion de mentalisation, mise au point par Pierre Marty, est partie prenante de l'analyse de tous les troubles psychosomatiques cités plus haut. L'auteur approfondi l'analyse de la vie mentale en regard de la qualité, de la quantité et du dynamisme des représentations en jeu dans le préconscient. C'est l'échec de la double activité de filtrage et de couplage du système préconscient qui empêcherait l'élaboration et l'écoulement des excitations, et c'est cette défaillance qui provoquerait les somatisations. En d'autres mots, les représentations de choses ne peuvent se lier aux représentations de mots pour se frayer un passage au système conscient.

Or, si les affects et excitations ne s'écoulent ou ne se déchargent pas, elles s'accumulent dans le corps et éventuellement attaquent les systèmes somatiques de façon morbide. Les formes cliniques décrites par Marty rendent compte de l'ensemble des somatisations. Réduites au plus simple celles-ci pourraient se résumer dans les deux énoncés suivants : si les excitations ne s'accumulent pas trop chez un sujet « bien mentalisé », la venue d'une maladie est la plupart du temps spontanément réversible ; si les excitations fortes s'accumulent chez le

sujet « mal mentalisé », la venue d'une maladie pourra être évolutive et grave (Marty, 1991).

Le symptôme comme dysfonction issue de l'enfance

Le psychosomaticien considère les failles du développement comme cause des problèmes psychosomatiques. Par exemple, si la mère fut dans l'impossibilité de remplir son rôle de « pare-excitations » ou si il y a eu dysharmonie du climat affectif, des maladies somatiques pourraient apparaître chez l'enfant ou, plus tard, chez l'adulte en situation de crise. Lorsque la capacité d'interprétation parentale est déficiente, l'enfant introjecterait la fonction préconsciente défaillante de la mère et développerait immédiatement ou ultérieurement des symptômes (Golse, 1999). Le symptôme somatique ne serait pas considéré comme symbolique du conflit pulsion-défense. Il ne s'agirait pas d'un symptôme de refoulement mais d'un défaut, d'une carence ou d'une immaturité objectale, où jouent des fixations invalidant le fonctionnement préconscient.

Approches psychothérapeutiques issues de l'école de Paris

Les psychothérapies visent à renforcer les défenses mentales afin de faire disparaître les processus morbides et sinon, à diminuer l'importance et la fréquence des crises. La relaxation peut être considérée comme un apport complémentaire au traitement principal. L'objectif selon Marty est de « rétablir le meilleur fonctionnement mental possible pour le sujet et, dans les cas de défaillances profondes de la mentalisation, à établir le meilleur fonctionnement économique possible » (1991, p. 47). Ce niveau fonctionnel correspondrait d'ailleurs au meilleur niveau des défenses biologiques individuelles, précise l'auteur.

Sélection des candidats et aménagements des séances

Pour Marty il y a lieu d'offrir une psychothérapie individuelle de longue durée aux patients qui démontrent des possibilités de bonne mentalisation. Un patient sera sélectionné s'il démontre les capacités suivantes: transfert positif, désir de collaborer, proximité de l'inconscient, richesse affective et traumatisme connu. L'objectif premier de la psychothérapie sera de « faire disparaître les états de détresse et de dépression essentielle entretenant la maladie somatique et d'organiser ou de rétablir le fonctionnement psychique » (Duguay, 1996, p. 274). La thérapie offrira au somatisant un pare-excitations et un contenant pour son psychisme débordé ou défaillant (idem).

Les aménagements suggérés sont les suivants : les séances seront de 45 minutes, hebdomadaire, en face à face. Le thérapeute installe une relation de base de type maternel qui prévaut sur le transfert. L'attention est portée sur le niveau archaïque, le thérapeute stimule ou joue un rôle de pare-excitations qui permet au patient de structurer les excitations intérieures et extérieures et d'assurer ainsi un travail du préconscient. Le thérapeute surveille, accompagne et intervient, il est actif, anime et relance, répond aux questions. Ses interventions sont descriptives et explicatives. Vers la fin du traitement lorsque le patient a récupéré un bon fonctionnement psychique, le thérapeute pourra interpréter.

Les symptômes somatiques en tant que signes du sujet

Les précédentes théories seraient toutefois relativisées par de nombreux psychanalystes. Ceux-ci leur reprochent de trop s'attarder sur le symptôme comme signe de dysfonctionnement. On se préoccupe du fait que le point de mire sur le symptôme alimente les vues sur la seule négativité de la maladie et de la souffrance. On s'inquiète également d'une *médicalisation de l'existence* où chaque deuil éprouvé a droit à son antidépresseur risquant ainsi d'annuler la distinction entre subjectif et corporel (Keller, 1997). De plus, si une grande diversité de troubles a été identifiée en psychosomatique, il reste que la plupart d'entre eux s'intègrent à des modes de fonctionnement non psychosomatiques.

Le symptôme psychosomatique serait considéré par la plupart des psychanalystes comme un facteur de plus se manifestant parmi d'autres impliqués dans l'évolution d'une maladie. Nous rappelons que Lacan interprète le symptôme dans son versant métonymique non formulable comme une « désymbolisation » impliquant une perception présymbolique (Vergote, 1985). Dans cet ordre d'idées, les symptômes somatiques pourraient manifester un continuum de désymbolisation s'accordant aux types de régressions, pouvant aller jusqu'aux stades originels cénesthésiques et non symboliques. Ces symptômes se manifesteraient chez un sujet lors de moments spécifiques impliquant l'affect ou sous l'effet de certains signifiants.

Pour le psychanalyste, l'approche psychosomatique d'un patient est essentiellement clinique, et consiste à prendre en considération le désir subjectif de trouver des significations à travers la maladie. Ainsi, le symptôme n'indique pas une maladie, mais plutôt, exprime un conflit inconscient, une énigme à déchiffrer. Le symptôme est donc sémiologique et constitue une indice de vérité du sujet. La psychanalyse considère que ce sujet est déterminé, mais que celui-

ci, par ses symptômes, démontre le désir inconscient d'échapper à ses déterminations. Dans cette perspective, les symptômes somatiques rempliraient diverses fonctions, par exemple : une tentative de guérison (McDougall, 1989), la recherche de faire du sens (Lang, 1996), un langage du corps et une tentative de communication (Stoudemire, 1991), un message ou une demande (Dolto & Nasio, 1987), la recherche du transitionnel (Hirsch, 1994). Bref, le symptôme somatique est vu comme un appel à la transformation qui agit dans le registre de la création (Miller, 1985).

Les plus récents développements psychanalytiques conçoivent les somatisations comme le résultat de problèmes de la fonction symbolique où prend place un langage somatique régressif désigné par Stoudemire comme somatothymique (1991). Les affects (anxiété, agressivité, culpabilité), les fantasmes et l'imaginaire, le langage et la sexualité seraient toutes des dimensions cruciales à considérer. Il est vrai que l'immaturité objectale provoque la détresse et la perte des repères lorsqu'elle se rapporte aux deuils, séparations et abandons. Toutefois selon Keller, ces anciennes blessures ne devraient pas être considérées nécessairement comme causes de l'état actuel. Leur évocation par le somatisant viserait moins leur rappel que la « *représentation de l'expérience passée* » à travers une sorte de *coping d'urgence*, chargé de rendre signifiante l'expérience de crise présente. Aussi selon cet auteur, le défi du traitement serait de comprendre « *l'effet de représentation* » du travail psychique en voie d'accomplissement qui se serait inscrit dans la vulnérabilité de l'organisme (1997). Le rôle du praticien serait d'aider le patient à interpréter ses problèmes somatiques en lien avec ses conflits par des techniques donnant accès aux représentations du préconscient. Nous concluons sur ces approches en examinant le rôle de l'analogie au niveau du préconscient, ce qui nous semble d'un grand intérêt pour l'art-thérapie.

Le fonctionnement mental analogique et la psychosomatique

La psychanalyse récente, explique Keller (1997), explore en détail le phénomène nommé «*fonctionnement mental analogique*», et ce, spécifiquement lors des traitements psychosomatiques. Traduisant les analogies entre le corps et le psychique, ce phénomène se manifesterait tant au niveau de la communication des partenaires, que dans le transfert et le contre-transfert. Ainsi, le raisonnement analogique serait déterminant à l'intérieur des liens sémantiques qui lient la vie corporelle à la vie psychique, et ce, chez chacun des protagonistes de la cure. Or, l'usage de l'analogie pourrait amener le patient à évoquer une expérience relationnelle passée et à l'associer analogiquement à un organe ou à une fonction qui fait soudainement défaut. L'usage de l'analogie rendrait possible l'appropriation d'une expérience corporelle, et c'est ce qui la rendrait si prometteuse dans le traitement psychosomatique ou la parole est si difficile.

Représentations de la santé et de la maladie chez l'adolescent

Comprendre la notion positive et empirique de la santé nous permettrait d'aborder la psychosomatique de l'adolescent sous l'angle de la structuration globale de la personne. Ainsi, de nombreux auteurs considèrent le développement de la personnalité comme intégratif et assimilateur de la notion de soin de soi. La santé, selon l'Organisation mondiale de la santé, serait *l'état de bien être* physique, mental et social de l'individu et non seulement une absence de maladie (Laget & Halfon, 1997).

Un groupe de chercheurs nous propose cette définition : « La santé est la recherche permanente d'équilibre entre l'individu et son environnement impliquant un certain degré d'autonomie individuelle et, au plan collectif, une

participation de la communauté toute entière aux activités de soins et de prévention» (Michaud & Turz , 1997, p. 12) . Cette définition s'avère pertinente dans notre travail sur l'adolescent.

Les dernières études sur *les représentations de la santé et de la maladie* font ressortir des constats importants. D'abord, les comportements reliés à la santé sont principalement dûs à des variables psychosociales où *bien être* et *appartenance sociale* s'imposent comme des facteurs cruciaux (Bon & Ferron, 1997). Ces conclusions ont encouragé le développement d'un courant de recherche sur *la perception subjective et la description qualitative des représentations de la santé chez les adolescents* (idem). Cette orientation ouvre un accès à ce qui détermine plus spécifiquement les besoins et demandes en matière de santé, ce qui nous aide à mieux comprendre les mécanismes en jeu dans l'adoption de comportements de santé.

La santé, comme représentation globale, s'élabore surtout par l'expérience vécue et les discours entendus. Au départ, le jeune pubère voit sa santé comme dépendante des facteurs extérieurs et il privilégie surtout une réponse immédiate face à ses désirs. Le corps est perçu comme un instrument à entretenir. La perception de la santé comme *bien à préserver en vue de l'avenir* n'apparaît qu'à la fin de l'adolescence (Bon & Ferron, 1997). La santé est une représentation empirique qui oblige également à tenir compte des clés du *bien-être* : auto-acceptation, relation positive aux autres, autonomie, maîtrise de l'environnement, buts de la vie et croissance personnelle par l'actualisation de son potentiel (Ryff & Singer, 1996). Les positions, attitudes, croyances et perceptions du jeune permettraient d'évaluer les progrès en regard du soin de soi et de sa santé.

Une étude en 1995, menée au Centre de médecine préventive de Nancy auprès de mille jeunes de 14 à 18 ans, a tenté de mieux cerner l'univers sémantique et les représentations de la santé des jeunes (Laget & Halfon, 1997). La classification des données recueillies met en relief quatre dimensions significatives de la perception subjective qui déterminent l'évolution de la notion de la santé de l'adolescent :

- 1- *la violence* (interne et externe, niée ou alarmiste) ;
- 2- *le rapport au corps* (progressivement support du rapport à l'autre) ;
- 3- *la sexualité* (curiosité, savoir et déplacement) ;
- 4- *le balancement entre deux formes d'angoisses exacerbées* :
 - a) *l'identité imaginaire* dans un rapport narcissique au semblable,
 - b) *le sens de l'être et du devenir* dans un monde imparfait et injuste.

Ces thématiques de la perception subjective de la santé nous semblent des points de repères à considérer dans l'évaluation transversale du traitement des problèmes psychosomatiques. Nous pourrions ainsi être en mesure de saisir globalement l'évolution subjective et cognitive de la notion de santé. Nous aurions également ici une base cohérente sur laquelle nous pourrions nous appuyer pour mieux juger des manières dont l'adolescent transige avec l'anxiété. Enfin, nous pourrions considérer la mentalisation plus spécifiquement sous l'angle de l'organisation progressive des représentations de santé et ainsi mieux comprendre le développement de la personnalité de l'adolescent.

DEUXIÈME PARTIE : ÉTUDE DE CAS

Chapitre I

Adolescent à problèmes multiples souffrant de troubles psychosomatiques

L'adolescent qui a des lacunes au plan du développement doit composer avec des vulnérabilités émotives, une mentalisation incertaine et des anxiétés diverses. Lorsque celles-ci s'installent et se prolongent, une porte s'ouvre pour qu'évolue une pathologie anxieuse donnant lieu à des transformations multiples: troubles des conduites, troubles relationnels, dépendances, psychosomatismes, etc. (Braconnier, 1997). Or, des enquêtes révèlent que 10 % des garçons entre 16 et 18 ans cumulent quatre problèmes et plus, composant un groupe dit « à problèmes multiples » (Marcelli, 1997b).

La communication avec ces jeunes est laborieuse. Certains parents ont beaucoup de difficulté à interpréter leurs besoins et il peut donc s'installer de profonds malentendus. L'adolescent peut tenter alors de se faire entendre à travers une rébellion généralisée où, cette fois, le comportement est très difficile à encadrer. C'est ce que nous verrons dans cette étude de cas.

Lors des traitements , il y a lieu d'être très prudent. Avec un tel cumul de problèmes, le danger de décompensation est présent, ou il peut y avoir, là, le début d'une organisation psychopathologique qui entraverait le travail de l'adolescence. De là, tout l'intérêt, en art-thérapie, d'adopter une approche préventive globale afin d'évaluer les menaces anxieuses, addictives, dépressives et psychosomatiques.

Description biopsychosociale de la problématique

De l'enfance à la délinquance

Ce jeune est issu d'une famille de classe moyenne, intacte, mais reconstituée sur la base d'un deuxième mariage de la mère, qui amène avec elle un premier fils d'un an. Simon est né l'année suivante et la mère donne naissance à une fille cinq ans plus tard. Le jeune décrit brièvement son enfance. Les parents se disputent et consomment alcool et cocaïne. L'enfant obtient néanmoins de bons résultats scolaires au primaire. À sept ans, il pratique le sport de la planche à neige et, à huit ans il excelle dans certains sports d'équipe. Simon a onze ans lorsque ses parents s'engagent dans un groupe d'alcooliques anonymes et deviennent sobres. Leurs disputes cessent, mais le jeune est encore témoin d'échanges méprisants entre ses parents.

Le développement pubertaire de Simon est caractérisé par un rapide et précoce pic de croissance qui débute à douze ans et qui se poursuit de façon spectaculaire les années suivantes. À l'aube de ses seize ans, il mesure six pied et trois pouces ! Néanmoins, ce châtain aux yeux bleus a les traits doux, un visage imberbe et une voix qui n'a pas entièrement muée. La masculinité se montre sous un curieux mélange qui lui donne des airs d'enfant trop grand.

Simon a 13 ans lorsque commencent ses troubles de conduite : absentéisme scolaire, deux fugues, des petits vols "utilitaires" et le début de la consommation d'alcool et de cannabis, et ce, en fin de secondaire I. Les parents affolés tentent de mettre fin à ces problèmes en punissant l'enfant, mais ne s'appuient pas sur le dialogue et l'entente. La mère réagit de façon hostile et, provocante, taxe déjà le jeune de délinquant et d'alcoolique. La relation avec

les parents se détériore. L'année suivante, les problèmes de communication empirent et la violence escalade. La mère nerveuse se met à crier et le père "brasse" physiquement son fils à quelques reprises.

Simon réplique encore par des actes : abus de substances et introduction par effraction dans des maisons. Enfin, on surprend le jeune en train de vendre de la drogue et on l'expulse de l'école. Un soir, Simon consomme et vole une voiture. Ce vol est de type " emprunt ", une sorte de fuite à toute vitesse droit devant jusqu'à épuisement de l'essence, et on l'arrête. Le propriétaire de l'auto connaissait le père de Simon et ne porte pas plainte. Cette fois, les parents s'en remettent à la protection de la jeunesse. Simon rencontre un travailleur social et reconnaît que son comportement reflète les difficultés qu'il vit dans sa famille. Il signe des mesures volontaires où il accepte d'être hébergé un an dans un centre de réadaptation.

Simon décrira une mère affectueuse et fusionnelle, ou manipulatrice et parfois hostile. La rivalité avec le père est présente. Ce dernier tente d'établir une relation à travers une sorte de "complicité adolescente". Simon méprise cette attitude qui montre la vulnérabilité de son père et sa difficulté à communiquer. Simon parlera de son demi-frère, de deux ans son aîné, en termes de grande rivalité et d'envie. L'attention, les règles et les privilèges dûs à l'âge semblent les principaux enjeux. Simon dira tout simplement qu'il aime protéger sa petite sœur, que celle-ci est active et qu'elle lui ressemble. Dans cette famille, les troubles de communication sont manifestes dans les doubles messages et les difficultés à respecter les limites, les rôles et les places. L'agressivité s'exprime parfois par des poussées de violences. Les grands pères abusaient de l'alcool, devenaient violents, et frappaient les parents dans leur enfance. Par conséquent, le père passif-agressif est imprévisible et impulsif. Souvent le parent tient l'enfant ou l'adolescent responsable de la violence et des malheurs. Lors du retour aux discussions plus calmes, ni le conflit, ni les confusions ne seront expliqués.

Lorsque Simon vit des situations difficiles, parfois il abuse de substances toxiques et parfois suivent des conduites dangereuses. Il se décrit comme un cascadeur qui prend des risques avec sa planche à neige. Il avouera aimer augmenter les sensations fortes en consommant parfois avant les descentes. Par ce sport extrême, le jeune s'inflige de nombreuses blessures. Il exhibe avec fierté ses cicatrices et précise que sa mère lui porte attention et soigne ses douleurs.

Problèmes psychosomatiques et famille

La mère souffre de rhumatisme et d'arthrite et elle a vécu une dépression lors de son passage à la sobriété. Dans les deux branches de la famille, nous retrouvons des allergies atopiques. Du côté familial paternel, on note la présence d'une « dermatose maladie psychosomatique » : le psoriasis . La grand mère en souffre, de même que le père et Simon chez qui elle apparaît autour de sept ans. Avec l'apparition du psoriasis, Simon recevra de sa mère un massage du corps une fois par semaine. L'adolescent relie les massages au fait qu'il est continuellement courbaturé par sa pratique intensive du sport. Ce rituel débute avec l'apparition du psoriasis et semble plutôt répondre aux mesures préventives du traitement qui est : « de nourrir la peau régulièrement avec des huiles » (Cério & Jackson, 1992). La mère n'aura donc pas éduqué son fils sur sa maladie chronique et l'aura entièrement pris en charge.

Après deux mois d'internat au centre de réadaptation, Simon fréquente continuellement la clinique médicale. Ainsi, du mois d'août à la fin janvier il effectuera trente visites chez l'infirmière. En août, il attrape la galle suivie d'une dermatite allergique. Un médecin constate la guérison. En septembre, des prurits inexplicables apparaissent. Ces démangeaisons lui causeront des difficultés à s'endormir et des inquiétudes ; il consultera régulièrement l'infirmière. En décembre, suite à des examens négatifs chez un dermatologue,

on conclut que les prurits sont nerveux. En janvier, Simon visitera encore trois fois l'infirmière pour se rassurer. D'autres consultations sont faites pour une verrue plantaire, de l'acné, des maux de coeurs, une grippe, enfin pour un état de nervosité et de fatigue. Enfin, d'autres visites sont reliées directement aux accidents de sport : entorse, courbature suite à une chute et œil au beurre noir.

Structuration psychosomatique et dépression masquée

À la puberté, le pic de croissance aura modifié très rapidement le système relationnel de Simon. Or, la taille est un élément très important chez le garçon, celle-ci amène des changements de relation, de rapports de force et de confiance. Simon se retrouve donc nez à nez avec un père qui utilise parfois d'un "autoritarisme" violent. Il est probable qu'une contre-phobie se développe chez Simon. Dès lors, le jeune se place dans des situations où il se fera punir, où il sera mis en échec, « déplaçant ainsi sa souffrance sur une autre souffrance » (Lemay, 1982, p. 242). Cet adolescent réagit à son milieu et ne valorise pas la délinquance. Bien que la déviance tente de résoudre l'état de tension, l'acte délinquant est perçu comme étranger à Simon. Il est vécu «comme un geste incontrôlable et inexplicable». Une névrose d'échec tend donc à s'installer ; les problèmes de conduite ayant lieu « par rapport au secteur sur lequel les parents ont lourdement insisté » (Hanigan, 1997, p. 131).

À partir de la période où les parents deviennent sobres, ceux-ci se croient investis de la mission de prévenir la consommation d'alcool et de drogues. Aussi, ils punissent de façon humiliante pour se faire obéir. Cette "pédagogie noire" qui veut briser la volonté de l'adolescent a plutôt pour effet de transmettre le mépris et le rejet. Ceci contribue à augmenter la violence de Simon qui renverse le discours de prévention et se place en échec (Hirigoyen, 1999). Ce mouvement de révolte s'inscrit dans des paradoxes : désir de

s'affranchir des liens infantiles en prenant une distance à travers des comportements à risques, désir de provoquer autre chose, qui, par contre, le ramène à la case de départ : le conflit avec les parents. Dans ces conduites, Simon rejoue des représentations parentales inscrites dans des temporalités différentes, déplaçant des conflits, formulant des demandes anciennes et exprimant des inquiétudes régressives. En retour, ces comportements du fils sollicitent, provoquent et exacerbent les problèmes des parents, entraînant une crise en miroir.

Systémique et rapport au corps et à la maladie

La dynamique de la famille correspond aux caractéristiques du modèle systémique psychosomatique de Minuchin en 1973 : enchevêtrement, hyperprotection, rigidité et manque de résolution des conflits (Onnis, 1996). Les préoccupations réciproques, l'attention et les soins sont autant d'attitudes démontrant que la maladie participe à l'homéostasie et sert les besoins primaires et secondaires de tous les membres. La maladie et la souffrance physique nous ont donc semblé une tentative pour apaiser des conflits et recomposer une certaine unité familiale.

La mutation rapide du corps de Simon le projette dans le devenir adulte. Néanmoins les massages se poursuivent à l'adolescence. Il raconte avoir également donné des massages à sa mère pour la soulager de ses douleurs. Ces échanges d'affection fusionnels font contraste avec l'hostilité méprisante et installent une grande ambiguïté dans la relation à tendance incestueuse. Considérant la vulnérabilité narcissique de Simon, une souffrance prendra naissance en lui « par la perception de sa dépendance et par la nécessité de rompre » (Marcelli, 1997d). Par conséquent, s'approcher ou s'éloigner de sa mère est menaçant. Or, dans ces cas, dominé par l'ambivalence foncière, l'adolescent risque d'attaquer son propre corps et /ou de dénier cette

dépendance intolérable au corps en la déplaçant sur des produits ou des conduites à risque. Aussi, l'intégration plus difficile de la transformation pubertaire » peut occasionner un retour de l'omnipotence infantile (Marcelli, 1997d, p. 45).

Les effets de la violence directe et indirecte

La falsification de la violence par la dénégation ou la banalisation dans un discours réducteur des parents tend à faire disparaître l'acte violent de la mémoire pour n'en conserver qu'un souvenir flou. Cette déstabilisation fait douter l'enfant de son propre ressenti et perturbe son esprit critique. L'enfant « porte ensuite une part de souffrance qu'il reproduira ailleurs s'il ne trouve pas de solution en lui-même » (Hyrigoyen, 1999, p. 40). Le conflit parental provoque également des problèmes de confusion chez l'enfant. En effet, à qui doit-il donner raison ?

Conduites à risques, assuétude aux sensations fortes

Le sport extrême nous a semblé participer à la même dynamique que ces autres formes de satisfaction paradoxale : abus de substances, errance et fringale d'action. Dans l'assuétude aux sensations fortes, les émotions restent tributaires des sensations. Comme ces dernières laissent peu de traces psychiques, l'appétence d'agir et la dépendance à l'objet concret sont maintenues (Marcelli, 1997d, p. 385). Ces processus tentent de régulariser un équilibre, entre autres du plaisir et du déplaisir, et d'échapper à l'inconfort interne. Aussi, les symptômes compulsifs détournent l'anxiété associée à des pulsions hostile (Olmanns, Neale & Davidson, 1995, p. 13).

Avec la planche à neige ou dans certaines " conduites à risques ", l'ivresse de la vitesse et la sensation d'absolu sont vérifiées. Ici le conflit de dépendance est renversé dans l'indépendance à tout prix et, la toute-puissance. Considérant l'adolescent masculin, l'attitude de risque est : prestance virile, exhibitionnisme devant ses pairs, quête d'identification héroïque et, tentative de s'imposer une épreuve d'initiation semblable aux rites de passages primitifs. Le rapport positif au risque défie la mort et les limites par un sentiment de toute-puissance. Ainsi le jeune ne recherche pas la mort en bravant le danger, « mais il se sent plus fort que la mort » (Granboulan, 1997, p. 427). Il y a une part de jeu, mais de jeu pathologique tel que le conçoit Winnicott (1971) : perte de capacité, stéréotypie, «sensualisation», domination, fuite dans l'exercice physique.

En jouant avec les limites, le jeune cherche aussi un verdict et interroge le destin tout en tentant de le maîtriser. La recherche « ordalique » dans des signes extérieur est une quête de ce qui serait « garant de la loi et des limites intérieures du sujet » (Valleur, 1984, p. 21). Par ses comportements, Simon utilise son corps comme une machine performante et comme un objet externe à contrôler, « capable de prendre les coups ». Simon aurait incorporé l'identification à des objets parentaux ressentis comme hostiles, voire persécuteurs. Mc Dougall explique ce phénomène. L'objet d'addiction comble la déception de l'objet ayant fait défaut et permet de décharger ses affects menaçants dans l'acte « addictif ». Le manque ne saurait être réparé par des objets dans le monde réel, d'où la recherche compulsive d'un tel objet. En même temps, il a un règlement de comptes avec les objets internes, d'où *défi à l'objet maternel interne, défi au père interne et, défi à la mort* (Menahem, 1997, p. 51).

Le corps devient donc un objet transitionnel pathologique (Hirsch, 1994). En bout de ligne, les transgressions du danger sont des formes d'appels contradictoires. L'évitement de l'angoisse et la fuite dans l'action condensent un

langage polysémique et la conduite est polysignifiante pour l'observateur (Braconnier & Marcelli, 1988). Par contre, les passages à l'acte ne « métaphorisent » rien pour celui qui les commet, mais plutôt, « redupliquent physiquement » la problématique « telle que la perçoit le sujet » (Jeammet, & Corcos, 1999, p. 39). Le sujet tirant satisfaction du corps lui-même, l'objet devient donc non séparé du sujet, ce qui témoigne ici du même mode de satisfaction que le phénomène psychosomatique (Capdevielle & Doucet, 1999).

Maladies et manifestations psychosomatiques de la peau

La peau comme *interface entre corps et monde* évoque pour nous ce que Winnicott appelle la « membrane frontière » lorsqu'il parle de la « psyché - soma » et de la constitution de la réalité intérieure et extérieure (Khan, 1971, p. XVI). La peau est aussi une *limite* et un *contenant*. Pour Ester Bick (1968), la peau fait naître une force de liaison qui rassemble les formes les plus primitives de la personnalité et les maintient ensemble. Celle-ci fonctionne comme une limite qui permet l'introjection de la fonction de contenir, ce qui fait apparaître le concept d'espace dans le self pour y construire l'objet. Les perturbations de la fonction primaire de la peau dans les relations avec la mère mèneraient au développement d'une « seconde peau » à travers laquelle la dépendance à l'objet serait remplacée par une pseudo-indépendance. Cette seconde peau serait en fait la formation d'un type musculaire de contenance du self et/ou d'un verbal musclé correspondant. Enfin, la peau est un *organe visible du corps inscrit dans des paradoxes*. Pour Delthy (1992), la peau relie les problématiques narcissiques de l'adolescence face aux désirs culpabilisants et aux refus d'adultes. Paradoxe des limites qui contiennent et cachent ou qui montrent à leur insu des émotions, comme si le corps était transparent .

1- Prurits.

Anzieu parle de « démangeaison du désir d'être compris » et Bénazéraf croit que les prurits possèdent une fonction libératoire protégeant contre le risque de décompensation dépressive (Bénazéraf, 1994, p. 55). Enfin, Alexander souligne que le grattage réunit les composantes agressive, sexuelle et érotique (1952). Pour Simon, l'infection en août s'accompagnait de démangeaisons et une circularité morbide faisait déjà partie du problème. Il guérit mais conserve ses prurits ainsi que la peur de revivre ce même type d'épisode.

2-Dermatoses allergiques.

Les principaux auteurs expliquent les allergies comme étant liées aux problèmes relationnels et aux limites, spécialement là où l'on retrouve des troubles d'identité et d'individuation. Le déclenchement des crises serait lié aux impasses narcissiques lorsque la divergence et la différence survient (Duguay, 1996, p. 271).

3-Psoriasis.

La maladie est facilement reconnaissable : « des lésions squameuses blanchâtres, (...) réalisant des carapaces sur des zones cachées du corps » (Bénazéraf, 1994, p. 126). Les déclencheurs seraient liés aux situations chargées d'émotions lors d'événements stressants et anxiogènes de l'environnement familial.

Dépression masquée (Pelsser, 1989, pp. 233 - 241)

Chez ce jeune, le processus de dysphorie et d'autodépréciation se manifeste plutôt par des équivalents somatiques, affectif-cognitifs et comportementaux. Depuis le début du secondaire, des problèmes de concentration et une baisse de motivation sont présents relativement aux tâches scolaires. Simon cherche à éviter, dénier ou minimiser tous les affects dépressifs à travers la fuite dans l'activité et l'addiction. L'adolescent semble s'être identifié à la dépression de sa mère. Ce jeune ne sait comment exprimer son agressivité, il a peur aussi de détruire sa relation avec elle. La révolte se retourne donc contre lui-même. Enfin, la mère souvent hostile, rejetante et dévalorisante fait que l'adolescent ne peut développer une solide estime de soi puisqu'il se sent mal aimé et non accepté.

Le fonctionnement psychosomatique défaillant

À travers des tendances régressives, se manifestent de façon passagère des insuffisances et indisponibilités des représentations acquises. Le jugement face à la réalité diminue. Face à la menace de violence ou aux souvenirs de celle-ci, une montée d'anxiété fait tache d'huile sur les représentations. Les problèmes liés à la peau montrent également un échec de la primarisation des signifiants originaires. Par conséquent à certains niveaux, dans la sensation, la représentation de chose a aussi de la difficulté à se faire. C'est ce que nous constaterons dans l'image. Nous pouvons parler ici de mentalisation incertaine qui s'exprime par épisodes et au contact du matériel conflictuel. Ainsi, la plupart du temps, Simon mentalise bien et ce, même s'il réagit de façon contra phobique (ses actes demeurent symboliques). Par contre, parfois, Simon mentalise mal particulièrement lorsqu'il est en contact avec le stress familial et

surtout vis-à-vis la figure de sa mère. L'adolescent semble alors au prise avec des pulsions et des somatisations qu'il arrive mal à s'expliquer.

Névrose

À la base de la névrose se retrouve un surmoi cruel et un moi qui perd parfois sa capacité à différencier et à juger. L'angoisse également s'associe à des éléments de registre plus archaïques relatifs aux premières relations objectales. Les défenses alors sont tributaires de craintes réelles face à l'environnement non fiable. En effet, ce dernier ne jouant pas toujours son rôle de "pare excitation" est punitif et incohérent. Ainsi l'angoisse de perte d'objet, les peurs de castration ou les craintes du surmoi cruel font toutes appel à des défenses qui ont recours au corps, cherchant une structuration ou une reconnaissance de ce qui est en cause. Ce recours au corps montre deux types de réaction face au signal d'angoisse: *une réaction active* qui décharge l'anxiété et l'agressivité et qui demeure dans le registre des conflits amour/haine; *une réaction passive et inhibitrice* face à la crainte de perdre l'amour, ou l'objet, plongeant le jeune dans l'angoisse flottante. Là, des défenses rigides inhibent l'action et tentent de couper l'affect.

Présentation nosologique de l'étude de cas

L'objet de consultation reposera sur les troubles de conduites, sans agression ni destruction et débutant à l'adolescence. De plus, des troubles liés à l'abus moyen d'alcool et de cannabis sont présents ainsi que des somatisations qui nous ont progressivement fait voir un trouble somatoforme douloureux, léger, aigu, dominé par des prurits durables. Ce dernier trouble paraissait associé à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale, définie par des dermatites allergiques et une maladie chronique de la peau, le

psoriasis. Les états de dysphorie et d'autodépréciation n'étaient pas ressentis au premier plan, mais l'ensemble des symptômes semblait masquer une dépression, un trouble dépressif non spécifié. Finalement, un problème relationnel parent - enfant nous est apparu à la base de l'ensemble des problèmes de l'adolescent.

Résumé

Nous pouvons déjà voir ici ce qui définit tout particulièrement la psychomatique de Simon : l'organisation et la mobilisation d'un système de défense structuré autour du corps et par celui-ci enlève au moi le soin de maîtriser le conflit. Plus purement psychosomatique, c'est l'utilisation de ce corps et de son activité comme d'une réalité extérieure, sur, dans et par laquelle, il déplace, fait dévier, enfouit et transmute certains affects pour s'en couper ou les éviter. À d'autres niveaux plus "transitoires" et "conversionnels", entrent en scène des douleurs, "agirs" et conduites polysémiques qui expriment à répétition certains conflits qui l'habitent. Dès lors, face aux problématiques de dépendance, de blessures narcissiques, de relation d'objet et d'identité, Simon tend à régresser vers des "agirs" et à utiliser un langage corporel qui véhicule une agressivité avec laquelle il ne sait comment transiger. Dans le conflit, cette agressivité est soit renversée en son contraire, soit et/ou retournée contre lui-même. Ces défenses constituent les premiers mécanismes de défense utilisés par le moi, nous dit Anna Freud (Levick, 1983).

Comme nous le constatons, il est impossible de considérer ces troubles hors de la situation relationnelle et de l'environnement. La description du processus d'art-thérapie nous fera voir maintenant comment ces tendances dans l'anxiété, composent avec des défenses plus archaïques. La relation thérapeutique et le processus avec l'image favorisent l'expression subjective du corps inconscient, la compensation, un bon usage du narcissisme et le retour d'un ensemble de défenses plus adéquates. La reprise des processus de mentalisation et l'évolution par la créativité rendent possible l'apprentissage de mécanismes de dégagement.

Chapitre II.

Relation et processus thérapeutique de l'art-thérapie

Autour de la délinquance (5 premières rencontres)

De juin à octobre, Simon est pensionnaire au centre. La séparation de la famille aura eu des effets thérapeutiques. Le jeune s'est amélioré sur tous les plans. La communication avec les parents semble s'être rétablie, grâce à des rencontres hebdomadaires avec un éducateur tuteur. Aussi, on encourage la réintégration dans la famille la fin de semaine. L'art thérapie débute au moment où l'adolescent a effectué ses deux premières sorties.

Dès le départ, Simon se montre à l'aise pour s'exprimer. L'art-thérapie lui assure un espace de confidentialité et celui-ci s'ouvre et se confie de façon spontanée. Le jeune ne valorise pas la délinquance et le projet thérapeutique qu'il veut entreprendre concerne d'abord cette question. Il exprime ses regrets face à sa conduite inacceptable: *« J'ai fait honte à mes parents et je n'avais pas le droit briser la loi en volant une auto. »* Ainsi il lui paraît juste qu'il soit en " retrait " un an dans un tel centre. *« Faire son temps »* c'est du "donnant donnant ", et c'est aussi la possibilité de réfléchir, de comprendre et de changer, dit-il. Simon souligne en rouge que c'est grâce à ses parents, qu'il a évité le pire, c'est- à- dire : le tribunal de la jeunesse et l'étiquette de délinquant. De plus, il veut sortir du centre avec une autre image de lui-même et ne plus y revenir. Par contre, il avoue ne pas se rappeler pourquoi il a utilisé une telle conduite dans le passé. En art thérapie, il veut s'interroger sur *« ce qui l'a poussé à perdre son contrôle dans certaines situations. »* Nous résumons ainsi **sa demande : découvrir la logique de ses conduites déviantes et comprendre d'où vient cette impulsion qui le place en échec.** *« Pourquoi j'ai toujours fait des choses pour me faire prendre? Je suis sûr que je ne suis pas un délinquant! »*

Simon prend donc une attitude positiviste et volontaire pour le démontrer. Les premières rencontres lui servent à affirmer son credo devant l'adulte qu'est le thérapeute. Il produit des images qui le représentent la gamme de ses humeurs et conduites et, devant celles-ci il prononce des paroles solennelles qui l'engagent et met à l'épreuve son jugement moral. Ainsi face à l'image de son vol, il dit ne pas être voleur et ne pas vouloir s'enrichir aux dépens des autres. Devant l'image du sport, il dit respecter les règles dans le sport d'équipe et accepter la frustration de perdre. Parlant de sa taille, il dit ne vouloir faire de mal à personne, ni utiliser la violence. Pour illustrer sa progression lente vers le changement, Simon se compare à un alpiniste qui escalade une montagne. Il dit vouloir mettre sa force et son énergie au service de son courage. L'adolescent examine également ses vulnérabilités. Devant un collage qui le représente, il dira qu'il se cache derrière une carapace, qu'il est « *plein d'adrénaline et sur la défensive, prêt comme un guerrier en cas d'attaque* ». Il se rend compte qu'il doit vivre avec deux pôles opposés : « *un côté doux et aimant et, un autre agressif et colérique* ». Sa plus grande vulnérabilité se construit doucement et sournoisement à travers des bouderies et des ruminations, lorsqu'il se sent accusé à tort. Là son estime de soi baisse et une sorte d'ennui triste le gagne. C'est alors qu'il se sent porté à consommer et c'est là que se situe le danger précise-t-il.

Premiers transferts et contre-transferts.

Notre écoute empathique aura permis à Simon de ressentir que nous cherchons à vraiment le comprendre et que nous le respectons là où il en est rendu. Nous lui avons laissé la pleine initiative de s'exprimer tel qu'il est et, dès qu'il sera prêt à le faire. Le jeune est sincère, motivé et il répond très bien au cadre proposé. Il coopère, s'exprime sur des sujets difficiles, fait de bonnes associations. Celui-ci montre qu'il est tout aussi capable de sublimer que de symboliser, comme nous le verrons dans cette première image.

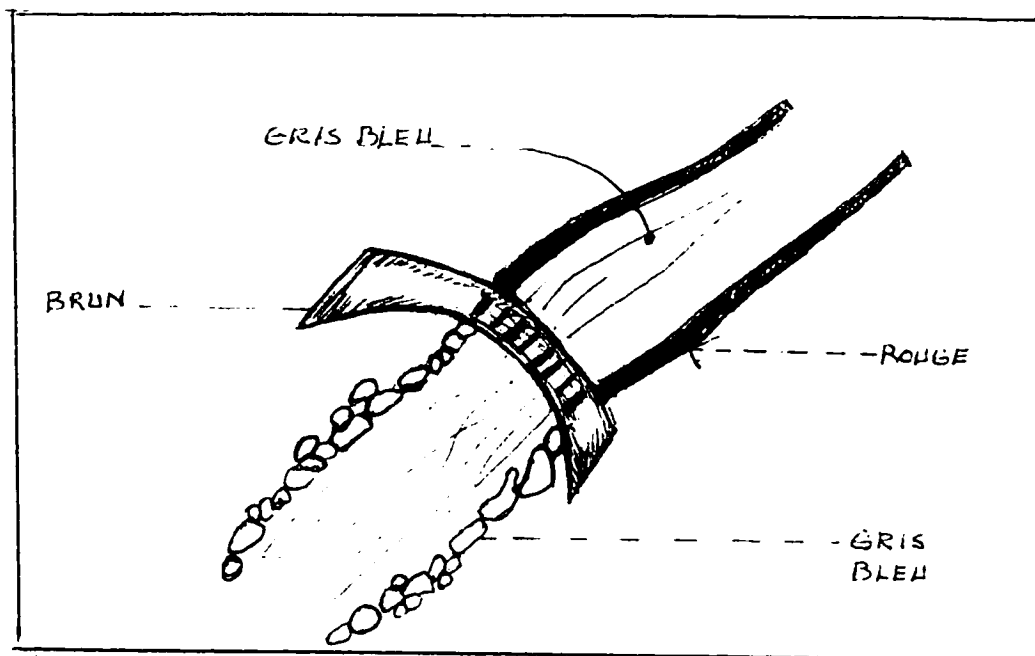


Figure 1 (fac-similé)

« La rivière des générations » : crayons de couleur, 11 " x 14 "

Dès la deuxième rencontre, Simon improvise spontanément à partir de son corps. Avant de dessiner, il fait rouler ses crayons sur la table, regarde la feuille blanche et son bras posé sur la table. Il commence à dessiner en reproduisant les contours de son bras. Il commentera tout en exécutant chacune des étapes :

« quelques lignes et puis, tout à coup , ça devient quelque chose de très important pour moi... Comme rien d'autre que ça ne pouvait être dessiné! » (...) « Mes gestes sont devenus de l'eau, le pont apparaît... » (...) Ce pont, il faut le traverser en faisant attention... » (des planches sont manquantes) (...) « les rives c'est la relation que j'ai avec mon père...le pont c'est comme un barrage entre deux états et, les roches de toutes les grosseurs et de toutes les formes... c'est moi, comment je me sens et ce que je veux communiquer... » (...) « le rouge, de l'autre côté du pont c'est l'agressivité, les colères de mon père qui ne voit plus rien, qui panique, qui sait tout, qui m'empêche de parler... (Il a terminé et il nous fixe dans les yeux.) c'est toujours pareil... ». (regardant son dessin) (...) « Je vois les générations, la suite des générations de violence...

Mon grand père a été violent avec mon père, mon père a mangé des claques et il pique des colères à son tour...il me frappe ! Et moi ? Je ne veux pas que ça m'arrive aussi ...Il faut que ça cesse ! Il faudrait que les roches se mêlent au rouge, doucement...Et qu'on prenne mon père et moi le pont pour communiquer. »

Simon choisit un crayon gris bleu. Les contours de son bras l'amènent à tracer deux premières lignes diagonales. Cette forme ouverte l'invite à répéter un mouvement ascendant qui fait émerger l'analogie du courant dans un bras de rivière... L'idée de deux personnes séparées comme des rives naît de la situation nouvelle d'art-thérapie.

La communication cherche à bâtir un pont de confiance. Le thérapeute masculin a l'âge du père et Simon est poussé par son désir de parler du courant de rivalité qui circule entre son père et lui. Le jeune cherche l'amour et la compréhension. Mais des affrontements ont eu lieu et parfois poings et bras furent brandis, comment peut-il avoir confiance ? Est-ce possible avec le thérapeute ? Ce bras du fils fusionne avec celui du père et de la filiation. Est-ce une violente agressivité qui circule dans nos veines d'une génération à l'autre ? Simon se demande si une violente agressivité circule d'une génération à l'autre, s'il est prédestiné à devenir un homme violent. Il aimerait que le thérapeute lui fasse confiance. Il affirme donc ses valeurs en disant que la violence cesse là où commence la communication. L'adolescent exprime son désir et sa volonté d'apprendre. Il montre aussi son idéal du moi.

A l'aide de l'analogie, les représentations de choses s'organisent rapidement et passent aux mots, les idées s'enchaînent, les métaphores se combinent et la signification se complexifie. Le corps a servi de support pour faire apparaître son rapport à l'autre. L'adolescent a dévoilé une violence tenue sous silence dans la famille. L'identité imaginaire a cherché à s'évaluer, de même que le sens du devenir a été questionné face à un monde difficile et

imparfait. Souffrance et craintes ont été exprimées et l'élaboration s'est appuyée sur des valeurs morales. Cette séquence d'émergence et d'enchaînement d'idées très significatives correspond parfaitement au concept de "mentalisation" adéquate de Pierre Marty. C'est un moment intuitif important qui donne à Simon confiance en ses moyens pour débiter l'art thérapie.

Néanmoins, lors de cette période, Simon nous est apparu obsédé par ses regrets et enclin à toujours vouloir prouver qu'il n'est pas un délinquant. C'est comme si sa dette était impossible à payer. Par son comportement ascétique, l'adolescent veut se montrer « bon » de toutes les façons possibles et persuader que tout a changé pour le mieux. Celui-ci adopte une attitude déterminée et volontaire où il cherche le succès à tout prix en contrôlant son comportement. Il se sert d'un discours volubile et musclé pour rationaliser. Pour ne pas se sentir écrasé par ses problèmes, il les aborde un à un, les "compartimente" et généralise ses progrès au centre.

Parfois sur une lancée optimiste, il parle de "son ancienne vie " et de sa "nouvelle vie". Les progrès vécus dans cette première tranche de son internat sont certes une première partie gagnée; et Simon a besoin de croire parfois qu'il a tout gagné. Aussi est-il pressé de se débarrasser de cet ancien moi qui est parfois gênant. Ce fantasme d'être parfait montre son grand besoin d'être accepté par l'adulte et par le thérapeute. Vouloir le succès à tout prix repousse probablement ses sentiments d'échec et sa peur d'être jugé. Alors que l'attitude toujours positive cache la morbidité vécue dans l'examen de ses fautes. C'est aussi une façon d'être en contrôle qui préserve son estime de soi et qui lutte contre les affects dépressifs. Simon comme tout adolescent est très ambivalent. Dans ces premières rencontres, il ne veut pas s'apitoyer devant l'adulte masculin, et il n'est pas prêt à parler de ses souffrances, et nie ses émotions. Certaines attitudes fières montrent un grand besoin d'être approuvé, admiré

qui cache son besoin d'aide. Il veut aussi plaire à l'adulte pour aussi avoir la paix. L'idéal du moi qu'il projette montre son surmoi très sévère. Sa pseudo-indépendance projette qu'il n'a pas besoin de personne, mais c'est une défense illusoire qui renferme un Soi grandiose et des émotions omnipotentes.

Simon a du charisme, une soif de vivre et de tout savoir ; cette attitude nous sollicite. Il cherche à abolir la distance et à établir une relation sous le sceau de la complicité. Il aime l'humour et se raconte comme si le thérapeute était son ami. Déjà, il idéalise l'art-thérapie. Nous nous retrouvons plongés dans une familiarité sympathique, en même temps que nous ressentons un malaise vis-à-vis l'intensité de ce lien. Cette façon d'entrer en relation intime, nous le constaterons plus loin, reproduit certains aspects de la relation qu'il entretient avec son père. L'adolescent cherche également à se faire une place confortable dans le travail et à être reconnu comme notre semblable. Simon nous pose aussi des questions très personnelles sur nos motivations à faire de la thérapie. Après avoir exprimé son opinion sur un sujet, il s'informe toujours si nous sommes de son avis. Cette quête d'approbation laisse entrevoir une problématique de dépendance, en même temps que l'adolescent cherche à voir si notre intérêt envers lui est réel.

À un certain moment donné, il prendra une prestance virile pour nous raconter ses cascades dans le sport extrême. Il décrira avec beaucoup d'expression comment il est un véritable cascadeur qui aime augmenter les risques: « *J'aime l'adrénaline, j'en mange, il faut toujours que je me dépasse. Un jour je vais me casser le cou pour vrai !* ». Le jeune tente de nous mettre mal à l'aise et vérifie nos limites. À certains moments plus intenses de nos rencontres, nous remarquons que Simon a le souffle court, de nombreux gestes régulateurs et que parfois il grimace de douleur. L'adolescent attribue cela à ses courbatures liées à sa pratique du sport. Pour nous, ces transferts somatiques nous amènent à bouger avec lui ou à nous gratter lorsqu'il est parti. Cela nous fait ressentir des

anxiétés, des émotions mixtes et de l'agressivité, mais qui sont tenues sous silence. Malgré les incongruités et les résistances, notre évaluation après cinq rencontres est très positive.

Les problèmes apparaissent (8 rencontres)

Entre la sixième et la treizième séance apparaissent des anxiétés, des somatisations, des peurs de la maladie et des régressions. Cette période correspond à la réintégration d'un mois de Simon dans sa famille pour le temps des Fêtes. Ce retour à la maison signifie côtoyer sa mère dépressive et hostile durant un mois. La lutte contre ces craintes s'observe d'abord à la sixième rencontre lorsqu'il raconte son entêtement à vouloir aider un ami dépressif. Son impuissance à le faire le plonge dans une baisse d'estime de lui et dans l'anxiété de perdre ses moyens. L'adolescent se sert alors du dessin pour renverser ses émotions dépressives en leurs contraires. Il se représente sous la forme d'un joueur de baseball prêt à frapper un coup de circuit gagnant !

Lors de la septième rencontre, Simon se présente grippé et de mauvaise humeur en art-thérapie : *« Je parle du nez et je me sens gluant, ça doit être fatigant de m'entendre »*. Ayant perdu ses repères positifs habituels, Simon est très ambivalent à communiquer son mal - être, il se rabaisse devant nous. Ses parents, sans l'avertir, ont défait sa chambre pour en faire un bureau. *« Nous t'en installerons une autre bientôt »* lui ont-ils dit. Par contre, le temps des vacances, il devra se contenter de coucher sur le divan. *« Si je n'avais pas été au centre de réadaptation, si j'avais été là, ça ne se serait pas passé comme ça ! »* affirme Simon. Choqué et bouleversé d'avoir perdu son espace, le jeune tente d'exprimer sa colère... Mais, plus il l'exprime et plus il ressent la situation comme une punition injuste. En somme, il interroge sa place et son importance dans sa famille. Simon ne peut plus rien expliquer, ni faire face à l'intensité de sa déception. Une émotion mixte prend forme qui le met en contact avec des

frustrations accumulées. Soudainement, c'est avec rage et de façon échevelée qu'il fait la nomenclature de ce qui le persécute dans sa famille : les maladies de la peau, son frère hypocrite, ses souvenirs d'enfance évaporés dans l'alcool des parents, la violence de son père. Enfin, avec mépris et avec des mots offensants, pour la première fois il jure contre sa mère et la tient responsable de la perte de sa chambre. Il dira à la fin : *« Ma mère est comme une victime qui manipule pour obtenir des faveurs. Elle a toujours été malade... je sais pas de quoi... les médecins n'arrivent pas à trouver. Moi, j'en ai pris soin jusqu'à douze ans et après je me suis révolté ! »* Simon demeure silencieux...

À travers les mots, il a tenté de projeter sa souffrance à l'extérieur et maintenant il regarde au sol ... L'immobilité de l'adolescent le rend captif de son ambivalence et il nous semble qu'il refoule ses idées confuses. Sans plus tarder, nous lui offrons une activité semi-structurée avec de la glaise. Dans un premier temps, en pétrissant et en enfonçant énergiquement ses doigts dans la terre, il pourra sentir une prise sur son agressivité et la laisser sortir. Ensuite, quand il se sentira prêt, il pourra commencer à modeler librement des formes.

Immédiatement Simon se met en action. Après quelques minutes de pétrissage, ses gestes s'accélérent et gagnent en précision et habilité. Il fera alors la séquence suivante de formes schématiques où constamment il reproduit le même modèle. À chaque étape, il se contente de dire un mot : *« clous », « champignons », « hauts parleurs », « contact », « pont »*. Simon place le pont à l'horizontale sur la table. Il dit les dents serrées : *« j'ai son hostie de lit ! »* L'adolescent fait alors un petit diable qu'il couche sur ce lit de glaise. Il dit en nous regardant : *« C'est moi quand je me sens comme aujourd'hui ! »* Simon reste immobile et silencieux et regarde sa pièce. Nous sommes en fin de séance et durant trente longues secondes il se tait... Dans l'agressivité, l'angoisse est montée et la culpabilité a pris forme dans ces traits. Est-ce inavouable ou indicible?

Devant celui-ci, il reste aussi hermétique et immobile que son modelage... Un malaise se pose entre nous. Simon semble se contenir à nouveau

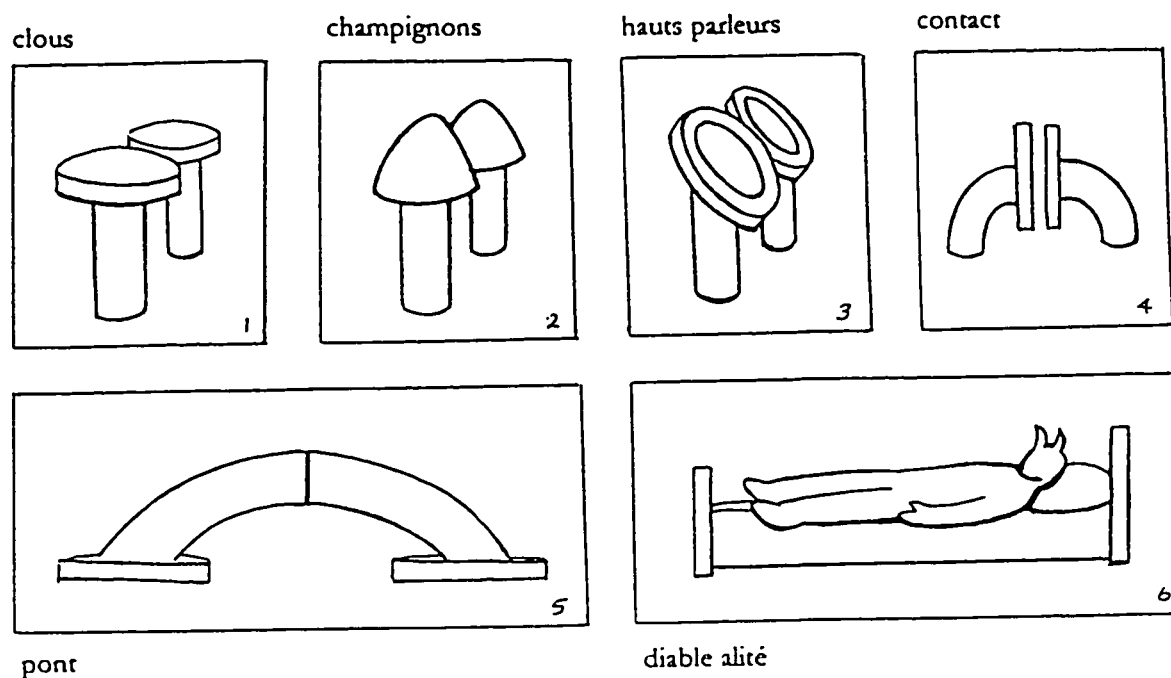


Figure 2 (séquence de modelage en 6 étapes)

dans une sorte de mauvaise humeur silencieuse. L'image de ce petit diable contient l'idée du mauvais, de la honte et de la souffrance. Il y a là toute l'image de sa peur des pulsions, l'objet de sa demande et pourtant il ne risque pas un seul mot. C'est la fin de la séance. Nous soulignons le courage de vivre cette difficile prise de conscience. L'activité vivante de ranger les choses et les salutations ramènent un échange de sourires.

Que vient-il de se passer ? Dès le début de la rencontre Simon se sent anxieux, déchiré entre les souffrances physiques et psychiques. Au cours de la relation thérapeutique nous constatons des perceptions désagréable de son corps, l'image abjecte d'être malade et l'image dénigrée de lui-même qu'il nous

communiqué. Cette anxiété le prive du sentiment de contrôler ses émotions. De plus, il est mal à l'aise et en se rabaissant, c'est comme s'il nous demandait si nous pouvions le comprendre et l'accepter tel qu'il est. Par la suite, Simon nous présente ses difficultés à transiger ou à affirmer son agressivité. L'anxiété le prive de son potentiel de mentalisation, ce qui redouble sa frustration. Pris entre la colère, la crainte et la déception, des souvenirs désagréables émergent. Dès lors, celui-ci utilise une logique persécutrice pour projeter à l'extérieur les causes de sa rage et s'éloigner ainsi de sa tristesse. Devant l'injustice tous les membres de sa famille deviennent "mauvais". Simon, pour la première fois nous parle de sa mère, sujet qui avait été intouchable jusque-là. Il nous la présente avec hargne. Quelques instants plus tard, nous sentions qu'il avait honte de s'être emporté et de nous avoir exposé ainsi sa vulnérabilité.

Nous avons offert un exercice dans un moment de silence où la communication était bloquée. C'était là une façon pour nous d'offrir notre aide à l'adolescent. Cette proposition mettait d'abord l'accent sur l'abréaction de l'affect de l'agressivité et allait dans le sens de ses défenses d'action. Nous visions à la fois l'apaisement et la possibilité de reprise d'une activité expressive, représentative et créative. Simon acceptera avec soulagement notre soutien non-verbal et ceci mettra fin pour un moment à l'ambiguïté. Lorsqu'il commence à travailler des formes, l'adolescent peut se concentrer à nouveau sur des représentations. Nous entrons ici dans le registre de la création et de l'élaboration du symptôme. Deux niveaux, le langage et les défenses entrent en compétition en même temps qu'ils évoluent en parallèle :

1- La représentation et le langage. Cherchent à faire émerger dans l'expérience une chaîne d'images pouvant être mentalisées, élaborées et communiquées ;

2- Les défenses. Au moyen duquel il cherche à s'équilibrer et se dégager, prendre une distance et analyser... Simon reviendra à ses modes habituels dès que l'anxiété devient trop forte ou l'affect menaçant : isolation, déplacement, fuite dans l'action ou le concret, ritualisation opératoire, retournement et identification avec l'agresseur, ou refoulement.

Bien que Simon verbalise de façon minimale, le modelage des divers éléments nous apparaît comme la recherche d'idées qui tournent autour de l'ensemble des préoccupations. Toute la séquence de modelage semble s'adresser à la relation au père et au thérapeute: *les clous* : attribut du métier paternel, coïncident avec la recherche d'identification et de réparation ; *les champignons* : symbole phallique; *les hauts parleurs* : rappel du bris d'un haut parleur appartenant au père (lors d'une colère de Simon) ; *le contact* et *le pont* : des besoins, désirs et transfert positifs. Enfin, *l'effort de reproduction* nous ramène à des dimensions plus fondatrices de l'image et du narcissisme et/ou à des aspects défensifs : corps-volume, différenciation, similaire et même, identification, relation et fonction, etc. Cette action le replace dans une tâche concrète et tangible, où il peut exercer une emprise et un contrôle.

Lorsque le pont se transforme en *lit*, c'est toute sa relation à sa mère qui apparaît d'un seul coup. Ce lit symbolise entre autres ses rapports ambigus à la maladie et peut être le secret dramatique qu'il pressent chez sa mère victime. Ce lit peut lui rappeler la perte de sa chambre et son internat. Ce lit c'est aussi l'endroit de nombreuses ruminations et bouderies adolescentes.

Enfin *le diable alité* nous apparaît condenser nombre d'événements enchevêtrés dans la perception accumulée et dans l'inconscient de Simon. Nous pensons d'abord à l'identification avec la mère dépressive. Nous observons également ce qui pourrait s'apparenter au « corps-théâtre » et à la dramatisation

de l'image du corps, dont parle Mc Dougall, qui favorise la représentation (Menahem, 1997). L'angoisse indicible qui a été représentée ici nous ramène à l'ambiguïté et à l'état psychosomatique vécus par Simon. Nous touchons aux dimensions de l'interdit et de l'impossible, et qui ont été revécues dans les transferts et contre-transferts de notre rencontre. Simon a pu se sentir accepté dans la vulnérabilité d'émotions souffrantes. Les habilités cliniques et l'image en art-thérapie nous ont permis de franchir une étape importante dans la relation thérapeutique. Des états de malaises ont été contenus de part et d'autre. La mutualité et le soutien vécus dans ce non-verbal, permettront la poursuite du travail dans une confiance réciproque.

Les derniers événements ont replacé l'adolescent face aux dimensions provocantes et aux transactions peu cohérentes de sa famille. Cette période marque la moitié de l'année de réadaptation et Simon appréhende l'étape à venir comme un véritable test de réalité.

Lors de la dernière rencontre, nous avons pu sentir comment les blessures narcissiques semblaient impossibles à aborder, comment les problèmes relationnels devenaient difficiles à formuler. Néanmoins, la question du conflit se trouve désormais posée au cœur du processus et de la relation, ce qui aura pour effet de vraiment « briser la glace » entre nous. La double empathie du thérapeute et de l'image appellent la pleine présence du client, et nous voyons ici l'amorce d'un mouvement d'expression plus intégral de la part de Simon. Dès lors, il communiquera de façon de plus en plus congruente, et ce, dans une recherche d'authenticité. Par contre, l'expression plus spontanée placera le jeune au cœur de ses contradictions et déclenchera une culpabilité insupportable et de l'angoisse. C'est donc avec cette dynamique que Simon devra apprendre à transiger. Le développement du processus impose la nécessité de revivre les culpabilités, les anxiétés et les somatisations en relation

thérapeutique. Comme nous le verrons, l'amorce d'un travail de conscientisation pourra se faire, grâce aux fonctions médiatrices et non verbales de l'image. Lors des six rencontres suivantes, l'adolescent utilisera des images « abstraites » et nous examinerons deux d'entre elles.

À la huitième rencontre, juste avant son départ pour ses vacances, l'adolescent se présente en thérapie bouleversé par le décès d'une amie de son père. Celle-ci est morte la semaine précédente, foudroyée par un cancer virulent.

Devant la peine de son père, Simon veut lui témoigner toute sa sympathie et toute sa solidarité. Il sent le besoin de l'accompagner dans un voyage de deux jours à Québec pour les funérailles. Simon nous parle de la tendresse qu'il a ressentie à son égard. La peine de son père lui rappelle probablement qu'il l'a déçu. Il veut réparer, améliorer leur relation. Simon voudrait mieux comprendre son père, être aimé et compris par lui. Il se rapproche de lui en quête de réponses. L'adolescent espère aussi que son père reconnaisse sa maturation. Simon nous montre son grand désir de communiquer et toute cette intensité se transpose dans notre rencontre, dans un grand besoin de résonance empathique.

Lorsqu'il aborde le sujet du salon funéraire où était exposé « le corps », l'anxiété monte. Sa parole se fait plus rapide, accompagnée de gestes régulateurs et de grattages. Simon met beaucoup d'effort à décrire ses impressions sur le décorum funéraire et s'indigne fortement sur le rituel de sympathie. C'est répétitif, faux et peu sincère, dit-il agressivement. Simon exprime ainsi comment il fut sollicité par ce drame et comment furent violentes ses émotions. Il se calme quelque peu lorsqu'il questionne la maladie de cette femme de quarante ans. Mais l'adolescent cherche, dans notre regard, une empathie et des repères. Pourquoi cette femme a-t-elle connu ce malheureux

sort ? Pourquoi les choses se sont-elles passées à son insu ? Est-ce la fatalité de l'hérédité, le stress ? Comment se fait-il qu'elle n'a pas senti les douleurs de sa maladie ?

Simon est entraîné par son imaginaire et s'approche du questionnement concernant ses propres craintes. Il se rapporte alors aux croyances. Il nous demande notre avis sur nos convictions religieuses, mais n'attend pas notre réponse pour affirmer qu'il croit à une vie après la mort. Le jeune reste captif de ce questionnement. Il nous met à distance parce qu'il pressent une position différente de la sienne. Aussi n'ose-t-il pas nous écouter lui répondre. Enfin, de façon exaspérée il dira : « *Je vais te paraître bébé, je suis comme un enfant qui ne comprend pas, je n'ai jamais accepté la mort !* ». Tout de suite après, celui-ci grimace et dit : « *Ayoye !* » Une douleur au pied est apparue et il tente de se soulager en se frottant. Notre regard l'interroge. Il se contente de hausser les épaules. Nous aimerions le questionner, mais nous disons simplement : « *La mort c'est inacceptable et triste* ».

Simon a pris un crayon et distraitement fait des gestes et des formes sur la feuille placée devant lui. Il ne sait pas quoi faire... Nous passons alors ces commentaires : « *Tu fais de l'art abstrait. C'est comme si tu écrivais dans une autre langue ou dans un code secret. À la fin, tu regardes à quoi ça te fait penser, c'est comme un jeu d'associations d'idées qui permet de décoder des choses....* » Ces remarques l'encouragent à poursuivre. Simon fera le dessin suivant. Nous sentons son anxiété s'apaiser et il devient plus enjoué. En examinant son dessin, il pose un regard inquiet sur son image: « *On dirait un cerveau tout divisé et plein de séparations.* »

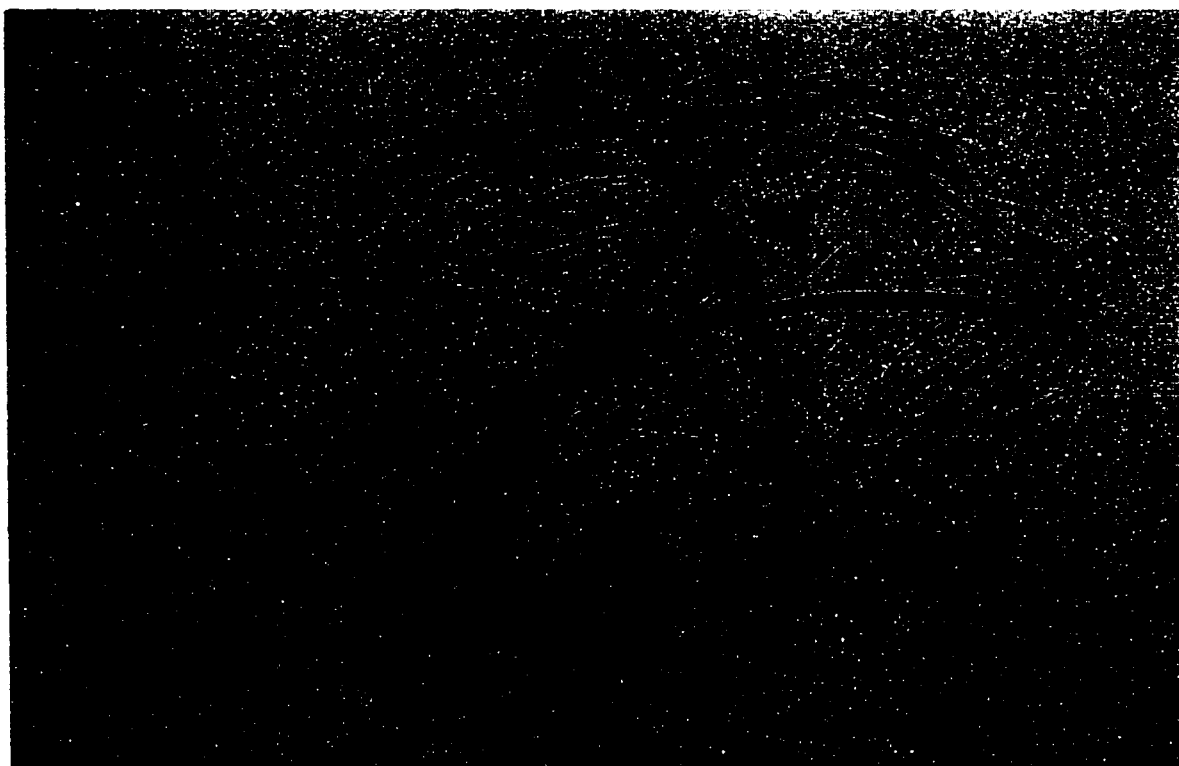


figure 3

Avant de sortir, l'adolescent nous avoue qu'il somatise. Depuis un certain temps, sans savoir pourquoi, il souffre dans son corps et aujourd'hui, il a mal à la tête.

Pour comprendre le processus qui a eu lieu, nous devons considérer l'ensemble du contexte. Simon tenait jusque là ses somatisations sous silence en se réfugiant sous le couvert de la confidentialité médicale. En effet, après la séance, son éducateur contrarié nous dira avoir reçu, quelques jours plus tôt, un mot de l'infirmière, à l'effet que Simon était le pensionnaire qui l'avait le plus consultée (*30 fois en 5 mois*). Récemment les visites étaient plus nombreuses. Pour nous, cela faisait sens. Il s'agissait là des effets de la pression vécue face au retour dans sa famille. Nous avons aussi constaté le désir très ambivalent du jeune de s'exprimer sur ses souffrances. Mais comment se plaindre quand on est un adolescent de six pieds et trois avec une réputation liée à sa taille ? Comment parler de ses souffrances et de ses peurs de la maladie sans trahir son

image courageuse ? L'infirmière devenait donc la figure substitutive parfaite de la mère, à qui ces messages pouvaient être adressés...

Une dialectique très singulière est en jeu dans notre rencontre. L'événement de la mort est une violence de la vie dans le monde. Celle-ci fait résonner la violence des souffrances et le monde imaginaire de Simon. Sa dynamique interne est comme transposée sur la dynamique de l'événement et, par celle-ci, le jeune peut s'exprimer sur l'angoisse de perte, sur ses sentiments de vulnérabilité et sur l'impuissance qui l'habitent. Si l'angoisse est la plupart du temps circonscrite autour de l'événement dramatique et de l'expérience vécue, celle-ci devient plus flottante et envahissante avec l'imaginaire et l'irrationnel qui se déclenchent. Ces thèmes de la maladie et de la mort sont un impensable qui pousse l'angoisse de perte d'objet dans l'angoisse du vide. Simon lutte tant bien que mal par une verbalisation volubile en s'exprimant fortement et agressivement devant l'émergence des représentations désagréables ou contre ses somatisations. Comme il accepte difficilement cette agressivité, il change alors de sujet. La douleur subite au pied nous semble une conversion qui apparaît au moment précis où le jeune s'accroche désespérément à ses croyances. Cette conversion est comme s'il avait soudainement « perdu pied » dans ses convictions et qu'il était renversé par une représentation pulsionnelle du corps dans ses propres sensations phobiques.

Lors de cette rencontre, Simon semble plutôt répondre à ce que Joyce Mc Dougall nomme « une vulnérabilité psychosomatique accrue ». Ici, c'est moins une mauvaise mentalisation qui est à l'oeuvre que des défenses contre des angoisses archaïques. Il se présente un certain lien « entre deux champs de souffrance, psychique et physique, (...) et, la douleur dans l'un provoque (...) un effet dans l'autre » (Menahem, 1997, p. 29). Devant ses premiers gestes de gribouillage, nous employons les termes de « code secret » et de « jeu

d'association ». Sans le savoir, nous invitons Simon à lâcher prise sur ses somatisations tenues « secrètes ». Nous lui permettons de les figurer « entre nous », dans l'espace thérapeutique et d'en faire autre chose en jouant .

Le dessin abstrait permet en premier lieu d'ouvrir un passage dans une activité qui abaisse l'anxiété. Par cette mise en forme, l'adolescent relâche son contrôle conscient et diffère ses obsessions. L'espace de papier devient un contenant où il peut projeter ses phobies et placer le "danger " à distance. Le dessin devient tout à coup « autre chose » avec lequel il peut se permettre d'inventer un jeu d'analogies. Par cette errance ludique, il peut apprivoiser et intégrer ses sensations.

Pascal Henri Keller nous dit que l'analogie permet le passage et le dépassement des somatisations et qu'elle « confère le pouvoir de s'approprier une expérience corporelle (...) par les mécanismes de transgression qui la constitue » (1997, p. 266). Lorsqu'arrive le moment pour Simon d'examiner son image, une angoisse remonte, mais celle-ci est plus supportable. L'abstraction regardée conserve un pouvoir ludique et mystérieux. Ainsi, quand l'adolescent nomme l'évocation du cerveau plein de divisions et de séparations, il parle de ses préoccupations, du système d'où origine sa nervosité et du lieu psychique d'où émerge son expérience souffrante. Mais, cette image demeure dans une sorte d'espace " entre deux " où il peut toujours imaginer autre chose. Simon demeurera muet sur cette pointe noire...

L'usage de l'analogie, nous dit encore Keller, « peut amener le patient décrivant une expérience de perte, d'abandon infligé par un autre, à évoquer l'expérience de séparation par rapport à l'organe ou la fonction qui lui font soudainement défaut » (1997, p. 266). Dans cette situation, Simon nous avoue au moment de terminer la rencontre qu'il a mal à la tête et qu'il somatise depuis un certain temps. Or, tout au long de cette séance, les défenses de Simon

fluctuent justement parce qu'il n'ose pas aborder le sujet de se sentir coincé et étouffé dans l'angoisse de la mort, loin de sa famille au centre. Il lutte contre cette angoisse. Il nous apparaît intéressant d'observer qu'à la fin, les défenses se soient suffisamment renforcées pour que Simon se décide enfin à partager avec nous son mal de tête qui enferme cette angoisse. Nous pensons qu'en avouant avoir mal à la tête c'est comme si il nous disait : « Être au centre de réadaptation c'est la mort. Cette pointe noire dans mon dessin c'est ma douleur, ma solitude ici, mes peurs de la mort et moi j'étouffe ici ! » Très justement, Dolto nous fait remarquer comment chaque partie du corps est métaphorique. « j'ai mal là ». Ce « je », il faut l'entendre comme un « je » qui a mal à son « moi », à cet endroit-là de son corps » (Dolto & Nasio, 1987, p. 18)

Dans toutes ces rencontres où Simon aura utilisé le dessin abstrait, il conservera un niveau d'estime de lui, l'impression de préserver son initiative et son autonomie. Lors des moments difficiles, il récupérera peu à peu son sentiment de maîtrise face à ses anxiétés montantes. Il pourra également se sentir intègre et vrai dans l'expérience présente et ce, même au cœur d'émotions mixtes. Nous pouvons observer à travers celles-ci des régressions topique et formelle. Par contre, il nous faut préciser que le mouvement de ces régressions sont au service du moi et qu'elles s'inscrivent dans la relation thérapeutique. « Ici il lui est permis de se laisser aller dans une forme plus régressive d'expression et il se sent supporté dans celle-ci par le thérapeute » (Bomberg, 1979, cité par Jetté, 1994 p. 62) « un nouvel objet est recréé ; au service du moi et de la situation actuelle relationnelle » (Shentoub, cité par Jetté, 1994, p. 62).

Les régressions prennent souvent place « au même point où la réintégration peut prendre place », nous dit Tessa Dalley en 1992 (Citée par Jetté, 1994, p.70). Durant le mois suivant le congé de Simon, auront lieu cinq

rencontres. Dans ces séances, l'adolescent insiste toujours pour commencer par se raconter. Celui-ci débute en niant d'abord ses souffrances (« *Ça va bien* »), pour avouer finalement que « *ça ne va pas trop bien* ». À ce moment là, une agressivité et une anxiété montent en lui et il perd ses moyens. Le discours rapide du jeune devient alors très difficile à suivre. Ses phrases sont inachevées, il utilise des formules pour s'excuser et des mots et expressions se répètent : « *ben tu sais ..., je capote ben raide... bon ... c'toujours pareil, ma mère capote t'sé ... ben..., c'est sauté... mon père fait rien, c'est bizarre...pis moi j'décolle tsé...pis je me ramasse en snow, etc.* » La rage de l'adolescent se déplace des éléments de vie au centre, aux éducateurs, pour revenir aux parents. De façon générale, il mentionne que sa mère est manipulatrice et méchante et que son père est lâche de ne pas intervenir. Simon tente d'expliquer la façon dont il perd ses moyens et ses raisons de fuir la maison familiale. Par contre, il n'arrive pas à décrire clairement ni les situations et relations, ni ses montées d'agressivité et de tensions. Aussi faut-il comprendre ici qu'il déplace, reproduit et rejoue en quelque sorte, ce même processus dans nos rencontres.

Au début de février, Simon chute en planche à neige. Il se présente avec un œil au beurre noir et en boitant. Avant d'aborder ce sujet, il est important de préciser que nous croyons fondamental de laisser courir des risques « limités » à l'adolescent. De cette manière, le jeune apprend à se confronter à son autonomie. Par contre, lors de cette rencontre, même si le jeune nous explique comment son sport est bien organisé autour de règlements, nous demeurerons sceptique. Nous retenons plutôt l'idée que ce milieu compétitif valorise l'exploit « casse-cou » et rend légitime « la prise de risque ». De plus, quand l'adolescent nous décrit son besoin de se surpasser et qu'il nous montre ses cicatrices comme un trophée, nous sentons le déplacement d'une attitude contraphobique qui s'appuie sur des stéréotypes virils et sur des bravades. Aujourd'hui, nous

voyons là un moyen d'apprivoiser des peurs et de déplacer ses somatisations dans une douleur physique plus explicite.

Le jeune nous dira aussi que ses parents admirent et encouragent sa témérité et ses performances, tout en portant attention à ses douleurs et en soignant ses blessures. L'adolescent nous confiera que sa mère lui donne des massages hebdomadaires et, qu'à l'occasion, il lui donne à son tour un massage pour la soulager de ses douleurs arthritiques. À travers ce récit, le jeune nous aura montré parfois des rictus interrogatifs, ce qui nous rend mal à l'aise. Les hésitations dans le discours de Simon pourraient indiquer d'abord que celui-ci commence à s'interroger sur la logique de toute cette dynamique. Nous croyons qu'il y a là le portrait des positions occupées par chacun et chacune dans le conflit relationnel. Mais ces « choses » demeurent couvertes et nous ne comprenons pas vraiment alors ce qui se passe. Pour nous, cette période fut également difficile. D'abord, le langage corporel, le contenu présenté de façon déliée et éclatée, la culpabilité et la honte sous-jacentes, l'irritation et l'impatience de Simon de ne pas comprendre, tout cela nous est transmis sous différentes formes transférentielles. Nous sommes alors plongés dans un contre-transfert concordant pour ainsi dire. L'image nous place aussi devant quelque chose d'étrange et « d'indéchiffrable ». Cette impression que les choses nous échappent nous fait sentir qu'un danger se cache quelque part, et nous nous considérons responsables de découvrir l'énigme. Tout à coup dans cet inconnu, nous doutons de l'évolution du processus thérapeutique. Notre impatience de savoir, s'égare alors dans des conjectures sur « les causes et effets, » soit de l'environnement familial soit des défenses somatiques. C'est pourquoi, il faudra vraiment nous retenir pour ne pas trop questionner et attendre que Simon soit en mesure de mieux se communiquer.

Le produit artistique, devient le point de mire du transfert (Schaverien, 1989). En effet, l'image produite protégera Simon contre ses débordements et

nous permettra de contenir nos réactions et de nous questionner. Nous pourrions ainsi continuer à soutenir le jeune dans ses difficultés et respecter son rythme entre le « découverte du contenu » et le « recouvrement de ses défenses ». Cette expérience en art-thérapie de présence dans l'inconnu, nous dit Arthur Robins, est analogue à l'espace transitionnel où le "vrai self " prend forme et s'exprime dans le non verbal (1994, p. 47). Les sensations et images plus ou moins agréables apparaissant en chacun, deviennent le point de contact névralgique de la rencontre. Quand le contre- transfert est reconnu et toléré, l'expérience d'être en relation peut être maintenue dans des voies facilitantes et permettre la transition nous dit Winnicott (Khan, 1971, p. XXVIII). La production artistique permet donc de maintenir la communication, laissant le contenu apporté en rencontre « se jouer » dans l'activité et prendre forme dans l'image.

La nervosité de Simon s'apaise de différentes façons. D'abord les procédures et habilités empathiques ramènent le point de mire dans le présent. Ensuite, l'adolescent a recommencé à rêver et il aime nous raconter ses rêves, ou encore, sans plus rien dire Simon dessine ses impressions et ses sensations. Lorsque celui-ci a terminé, l'anxiété a suffisamment baissé pour qu'il se risque à nouveau à décrire en quelques phrases ce qui vraiment le préoccupe. À ce moment-là, son discours semble un peu plus lié et intériorisé. À quelques reprises, Simon fait l'expérience du seuil de sa souffrance à cet endroit où l'anxiété prend forme. À travers ce rituel, peu à peu une confiance s'installe. Les thèmes abordés lors de ces rencontres furent dans l'ordre : sa famille malheureuse, le désir d'être aimé et heureux, le besoin de se séparer, la culpabilité et les regrets, le sport à risque, le besoin d'errance, celui d'être vrai . Il commence à se questionner sur sa capacité à se « contenir » devant les éducateurs en regard du vrai soi , l'image et l'authenticité, ses réactions et sa haine face à l'hypocrisie. L'analyse de cette autre rencontre nous permettra peut-être de mieux comprendre ce qui est en travail durant cette période.

Simon arrive à la rencontre en se plaignant de n'être pas tout à fait réveillé, comme s'il était encore pris dans son rêve. Le matin même, il a fait un rêve qu'il dit « bouleversant » dans lequel se montre son désir de se séparer de sa famille. Il emménage dans son premier appartement. Sa première visiteuse est une cousine. Il l'invite à se joindre à lui pour un repas, mais, tout à coup, celle-ci le sollicite sexuellement. Une angoisse alors l'envahit et cette scène disparaît. L'image qui suit semble sans rapport avec la précédente, il s'agit d'un soleil...

Simon n'interprète pas ses rêves, il parle plutôt de ses impressions et pressentiments : « *On dirait que mes rêves cherchent à me dire de quoi... Je ne sais pas ce que je veux mais je l'aurai !* ». Le jeune dira qu'il est troublé parce que ce rêve illustre la séparation de sa famille. Par la suite, l'agressivité et l'anxiété remontent. Il se sent coincé au centre et trouve certains règlements aberrants. Il s'exclame que plus personne ne va lui faire de la peine, et « *surtout pas son père...* » Sa rage, dit-il, est reliée au conflit parental. En effet, l'adolescent se rappelle les disputes de ses parents alors qu'il avait dix ans. À cette époque, Simon avait été témoin de chicanes violentes où ceux-ci en étaient venus aux coups. Le jeune pense aussi que des craintes ont alors pris naissance en lui : peurs que les disputes ne recommencent et surtout, peurs de voir ses parents se séparer.

Simon dessinera d'abord son impression désagréable de ne pouvoir se sortir du rêve, pour ensuite dessiner le « soleil » de son rêve. La dynamique de ces deux images nous semble reprendre l'ensemble du contenu et des émotions montrées dans la séance. L'adolescent exprime la sensation d'être pris dans le rêve alors qu'une chaîne d'associations le mène du sentiment d'être coincé au centre, au souvenir de s'être senti pris dans le conflit parental. Simon exprime également sa grande ambivalence face au désir de séparation.

Il commencera sa première image en dessinant un point rond au centre de sa feuille. Ce point dense et jaune qui le représente détermine l'ensemble des opérations improvisées en symétrie. Celui-ci devient le lieu de croisement des lignes sinueuses, à partir desquelles va se bâtir une figure géométrique, un corps à facettes fermées. Ce « corps » s'insère dans le « format-contenant » du support. L'image apparaît alors comme s'il était pris dans une toile d'araignée, comme s'il était pris dans le piège des anxiétés, dans son corps et dans le conflit. Simon exécutera également sur chaque ligne, un petit geste répétitif jaune qui fait sentir davantage l'adhérence. La composition met l'accent sur le primat de l'interne et l'emboîtement. Curieusement en regardant cette représentation, nous sentons quelque chose de liquide qui prend forme, en voie de se solidifier. Cet espace d'enfermement, lieu où se joue l'impossible et la castration, est exécuté par des opérations nous montrant les défenses rigides.

Figure 4



Dès qu'il a terminé Simon dessine une autre image, celle du soleil.

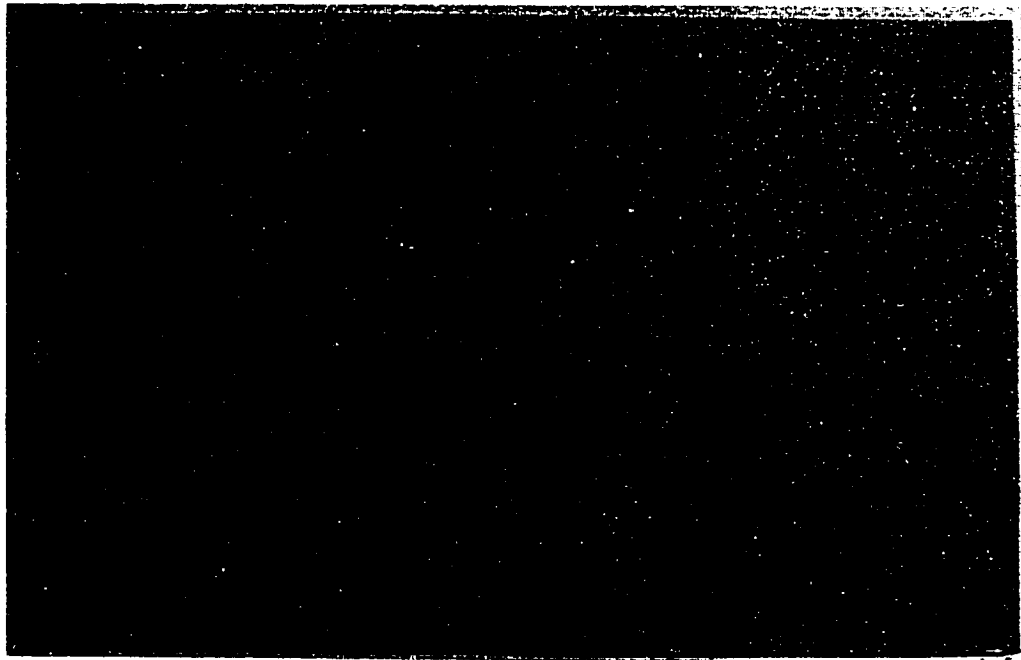


Figure 5

L'adolescent dessine en rouge son schéma de soleil pour ensuite s'attarder à le remplir de trois rangées de lignes sinueuses. Il ajuste ensuite son image en repassant sur toutes ses traits avec du jaune orangé et du noir. Lorsqu'il a terminé, Simon « sourit », bouge sur sa chaise, nous dit que son rêve était « bizarre », et que, « *c'est grave de rêver* » ... De toute évidence, l'adolescent « se montre » mal à l'aise, il évite d'aborder le contenu en jeu et parle plutôt d'autre chose. En art-thérapie, Simon reproduit les défenses du rêve qui tentent de le dégager de l'angoisse d'être captif de ses relations confondantes. L'icône « positive » et « éclatante », masculine et indépendante du soleil fait contraste et s'inscrit en dialectique avec l'ambiguïté de sa situation indicible. De plus l'exécution des gestes répétitifs et sinueux ne « désaffectent » en rien le « corps céleste ». Plutôt, ces gestes réinvestissent et redoublent les signes de malaise de Simon montrés également dans ses mimiques et postures. Il ne parle pas, nous communique qu'il n'est pas prêt à formuler ou échanger sur le sujet, et nous

indique , tout de même, un désir de clarifier. Cette image du soleil nous semble également un schéma ayant l'effet d'une « gestalt » interpellant l'unité du corps. En effet, ce schème du soleil correspond aux premiers mandalas représentant « le moi-corps » de l'enfant ; dessins exécutés entre trois et quatre ans nous dit Rhoda Kellog (1967, p. 56). Cette image apparue dans le rêve et représentée en art-thérapie, servirait peut être aussi à rassembler des forces intégratives. L'exécution ferait appel aux défenses « de retrait » de l'adolescent, aidant celui-ci, face à l'autre, à lutter contre un contenu menaçant et anxiogène.

Les rêves d'angoisse « *sont généralement ceux dont le contenu a subi la plus faible déformation* » nous dit Sigmund Freud en 1900 (p. 35). Le désir inconscient de l'adolescent de devenir un individu séparé semble ici se heurter à la difficulté d'élaborer sur ses relations avec ses parents. L'apparition de la figure féminine dans le rêve éveillerait l'interdit et l'angoisse de castration. Il nous semble plausible de voir dans cette image de la cousine séductrice un déplacement de la figure maternelle. Ce travestissement ne réussit pas à couper l'angoisse et c'est pourquoi nous interrogeons les échanges de massages avec la mère.

Faudrait-il admettre que ceux-ci auraient tendance à installer une ambiguïté " incestuelle " ? Ces massages auraient peut être comme effets d'entretenir un plaisir sexuel mais aussi une indisponibilité émotionnelle et intellectuelle pour faire face à l'expérience (Lafontaine,1991, cité par Desaulniers, 1998). Freud précise que le sentiment de déplaisir apparaissant dans un rêve, n'exclut pas l'existence d'un désir ; « il y a chez tout homme des désirs qu'il ne voudrait pas communiquer aux autres et des désir qu'il ne voudrait pas s'avouer à lui-même » (1900, p. 97). Concernant ce type d'échanges entre mère et fils, Anna Freud, souligne qu'une telle excitation ambiguë « peut interférer de façon désastreuse dans le développement psychosexuel »

(Desaulniers, 1998, p. 23). Le jeune pourrait donc se voir obligé de nier à la fois ce plaisir, ainsi que ce qui est en jeu derrière la représentation de son désir.

Enfin, Sigmund Freud nous dit encore : « (...) une tendance subsistant de l'état de veille, une série de pensées préconscientes avec tous les conflits qu'elle traîne à sa suite, subit, pendant le sommeil, un renforcement par un élément inconscient » (1939, p. 29). Nous pensons que ce renforcement apparaît justement au point de rupture entre le désir et l'interdit. Nous pourrions voir ici « la faille » dans cette coupure produite dans le rêve, qui ramène l'adolescent dans son corps. Le « corps-soleil » pourrait figurer l'urgent désir de se séparer et de devenir indépendant de sa mère. Cette représentation schématique nous ramènerait peut être aux positions de phase d'individuation décrite par Mahler, à l'endroit où se joue la permanence de l'objet émotionnel. Cette séance et la séquence dessinée nous indiqueraient, par conséquent, la dernière phase de la problématique oedipienne, la crainte de la castration face à la transgression incestueuse et le travail psychique d'individuation et de séparation. Le «corps» rempli de trois rangées de gestes sinueux nous indiquerait peut être les défauts de l'introjection et, par conséquent, un point de vulnérabilité de Simon où se jouent des sensations déliées dans son corps.

Le désir propre « se déterminerait en tout premier lieu comme agressivité », nous dit Pierre Kaufman (1997a, p. 316). À travers cette phase, nous pouvons constater néanmoins une meilleure affirmation de l'adolescent. Le jeune également commence à porter attention à son processus émotif de dénegation et à mieux le reconnaître à travers les rencontres. Ce désir d'être plus authentique aura pour effet que Simon abordera de plus en plus souvent le sujet même de ses somatisations, de ses montées d'agressivité et d'anxiété. L'idée nous viendra alors de travailler avec Simon sur des stratégies pour mieux faire face au stress, et pourquoi pas, de bâtir avec lui un outil de médiation

corporel qui lui conviendrait pour relaxer. En supervision, nous échangeons sur ce projet et sur la pertinence d'offrir au jeune une série de rencontres supplémentaires lors de la phase finale de l'art-thérapie. À la fin du mois, nous parlons du projet à Simon et nous lui demandons son consentement pour que ce travail s'inscrive dans une démarche de recherche et dans une étude de cas. Celui-ci accepte sur le champ, mais nous lui donnons quelques semaines pour y réfléchir. La semaine suivante il y a relâche scolaire et Simon retourne dix jours dans sa famille.

Des révélations qui lèvent le voile de la confusion (5 rencontres)

Lors de la dernière série de rencontres, nous constatons que le changement progressif de Simon provoque des réactions dans sa famille. Depuis les débuts de l'art-thérapie l'adolescent s'est rapproché de son père. Lors de discussions avec sa mère, celle-ci, de façon irrationnelle, aura attaqué ses progrès en lui répétant qu'il n'avait pas changé. Elle lui dira que ses nouvelles stratégies de négociation servent plutôt à manipuler son père avec de nouvelles idées. La mère réagit et provoque négativement Simon, et nous nous questionnons sur l'impact de cette pression sur l'évolution du processus thérapeutique. Ce contenu nous laisse songeur, bien que l'important soit que l'adolescent demeure actif, s'ouvre et rapporte ses difficultés relationnelles. L'essentiel, nous semble-t-il aujourd'hui, c'est que Simon en se racontant sorte enfin d'une situation où il avait toujours été enfermée. En relation thérapeutique, un travail psychique a la chance de se faire : s'il y a d'abord une reconnaissance du problème, un questionnement s'installera, inscrivant ainsi le sujet dans un processus symbolique.

Lors de la quatorzième rencontre, Simon nous dit que tout va bien et qu'il a arrêté de fumer. Il s'empresse aussi de nous dire qu'il accepte notre proposition de travail de recherche et qu'il nous autorise à avoir accès à son

dossier médical. Par la suite, celui-ci parle de tout et de rien et mentionne qu'il ne veut pas dessiner. Aujourd'hui, il aimerait plutôt échanger sur le phénomène du rêve : « *Est-ce que c'est possible d'avoir des prémonitions en rêve ?* » Simon a vu une émission de télévision portant sur ce sujet, il a été impressionné et il est impatient de connaître notre avis. Mais nous sommes peu à l'aise pour travailler avec les rêves. Que cherche-t-il, que pressent-il derrière cette excitation ? Notre réponse sera prudente. Nous soulignerons la fonction du rêve de « maintenir le sommeil au moyen d'images qui accomplissent des désirs » (Freud, 1900, p. 113). L'intérêt du rêve c'est que l'inconscient se montre et que la pensée de choses est enrichie. Aussi peut-il s'inscrire dans le travail psychique à propos des préoccupations réelles du rêveur. Par contre ici, le jeune insiste pour affirmer qu'il croit aux « prémonitions ». Ce sujet s'éternise et nous sommes agacés parce que le jeune fait la nomenclature de bizarreries stéréotypées et des superstitions qu'il a entendues. En fin de séance, les choses s'éclaircissent lorsque Simon avoue avoir reçu des confidences de sa mère. Celle-ci aurait été victime d'un inceste violent et répétitif à l'adolescence... Simon lui a promis de garder la confidentialité. Maintenant avec son père, il est le seul à savoir cela dans sa famille. Il ajoute : « *Je ne sais pas pourquoi elle m'a dit ça... Mais je ne suis pas surpris. Dans le fond, c'est comme si je l'avais toujours su...* »

Nous soulignons que l'impression de Simon d'en avoir eu l'intuition s'appuyait sur les signes réels, ceux des souffrances de sa mère. Cette question de « prémonition » n'était peut être pas si « ésotérique » que ça après tout. Simon acquiesce sans conviction. Il est plutôt préoccupé par les implications et les conséquences de détenir ce secret. Nous sommes en fin de rencontre et il se contente d'ajouter avant de sortir : « *C'est bizarre, je me sens comme si ça m'avait pas touché dans mes émotions.* » Lorsque le jeune est sorti, nous sommes choqué et nous nous répétons cette question : Pourquoi lui a-t-elle dit ça ?

Lors de la séance suivante, Simon se présente de fort mauvaise humeur. Il a recommencé à fumer, a une poussée d'acné, montre des gestes régulateurs et il a le souffle court. Ses parents ont demandé au Centre de réadaptation à ce que leur fils soit privé de sortie pour la fin de semaine suivante. Lors de sa dernière sortie, Simon a abusé d'alcool. Avec un ami, il pénétré par effraction dans la maison de sa grand mère absente, pour y passer la nuit. Le jeune s'est fait sermonner sans droit de réplique. De plus, l'adolescent a de la difficulté à se raconter et nous le questionnons pour clarifier ses propos. Sa mère aurait fait une colère dans laquelle elle l'aurait traité d'alcoolique, de délinquant et de voleur. Pour elle, l'abus d'alcool et l'entrée par effraction prouvaient qu'il n'avait pas changé et montraient son hypocrisie et sa manipulation envers ses parents. Le jeune dira alors que ces sorties agressives de sa mère l'amènent à douter de lui-même et provoquent sa colère. *« Je pogne les nerfs et elle utilise ça pour dire que je n'ai pas changé...(...) »*

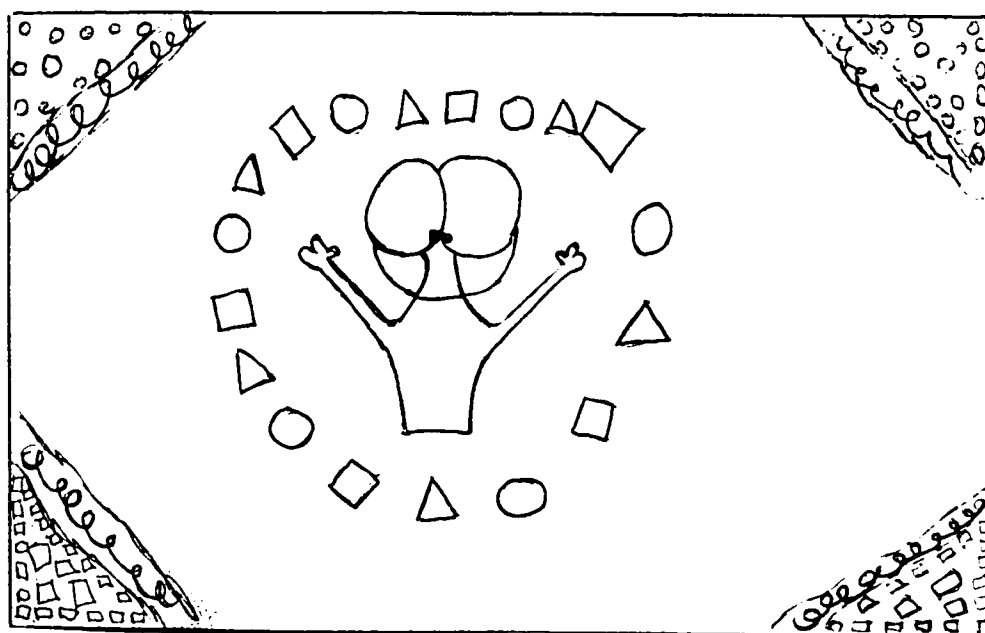
Simon nous communique ainsi son sentiment d'impuissance à faire face aux dénigrements de sa mère. Nous confirmons d'abord l'expérience émotive et les perceptions du jeune. Une telle situation doit lui paraître injuste et il doit être vraiment difficile de rester calme et de ne pas douter de soi quand l'échange est devenu impossible. Nous sentons alors le découragement de Simon.

Nous utiliserons à nouveau l'exercice de pétrissage de glaise, mais cette fois nous espérons que les qualités tactiles et plastiques de la glaise servent d'ancrage à la parole et aux idées. Nous l'accompagnons dans son activité et nous pétrissons avec lui. Nous empruntons spontanément une voie active et nous prenons la direction du dialogue actif. Nous questionnons Simon sur ce qu'il croit lui-même avoir appris lors des huit derniers mois. L'adolescent récapitule alors les exemples de changements d'attitude, de comportement, de

communication et de connaissance de soi. Nous l'interrogeons aussi sur sa sévérité envers lui-même et sur la marge d'erreur qu'il se croit permis. Nous lui rappelons son joueur de baseball. Est-ce que ce joueur s'était donné le droit d'être retiré au bâton et de vivre de moins bons matchs ? Est-ce que ce joueur s'attendait à toujours gagner avec des coups de circuit ? Simon retrouvera ainsi un certain sentiment de contrôle et d'estime de lui. Nous ramènerons alors le sujet de la consommation abusive et de l'entrée par effraction par le biais d'une question : « Peux-tu faire le lien entre détenir un tel secret et ton comportement de la fin de semaine ? » Il répondra : « *Devant ma mère, je me sens comme si je me retrouvais toujours à la case de départ...* » La rencontre se termine ainsi.

La semaine suivante, l'adolescent parlera de la perception qu'il a de lui-même quand il est dans sa famille et de l'anxiété qui se développe en lui au cœur des transactions. Par le dessin, il se représente alors sous la forme d'un « homme-tronc » placé au centre d'un cercle composé de formes géométriques.

Figure 6



Ce personnage joue le rôle de moteur d'une horloge dont les bras ouverts demandent de l'aide en même temps qu'ils pointent l'heure. Regardant la tête disproportionnée et les yeux exorbités de son personnage Simon dira : « *Dans ma famille je me sens comme un extra-terrestre obligé de tout savoir.* »

Lors des dernières rencontres, nous sentons que le jeune est pris dans une position très difficile. Les révélations chocs de la mère arrivent au moment où Simon commençait à interioriser, faire de l'ordre et affirmer des désirs d'adolescents. Celui-ci apprivoisait alors ses émotions en alternant entre le sentiment de persécution et l'interiorisation de ses émotions mixtes. Il s'était également rapproché de son père. Et là soudainement, la mère se confie de façon toute *exclusive* à Simon sur le drame intime qui a hanté sa vie, et que seul le père connaissait. Elle se positionne, dès lors, entre le père et le fils. Il nous semble évident que les changements authentiques et le mouvement d'individuation de Simon la menaçaient, mais d'une façon que nous ignorons. Bref, nous constatons que cet aveu est chargé de pulsions contradictoires et que ce secret est un signifiant qui provoque des nombreux effets chez Simon. De toute évidence, ces événements ont bouleversé la dynamique des relations. Voilà donc Simon avec entre les mains une clé essentielle pour mieux comprendre son histoire relationnelle et sa famille. Comment percevra-t-il maintenant l'hostilité et les provocations de sa mère ?

Nous avons vu que l'adolescent se défend de différentes manières. D'abord, nous constatons qu'il souffre d'une manifestation psychosomatique inhabituelle au niveau de la peau : l'acné. Ensuite, celui-ci tente de contrôler, d'éviter, de refouler ou de réprimer ses émotions, et ce, principalement par des mouvements de « reduplication », en cherchant l'identité de perception et/ou l'agir. En arrêtant de fumer, Simon se coupe de son objet premier d'addiction. Cela lui permet de déplacer l'anxiété et de donner une raison d'être à ce qui

trouble en l'inscrivant dans un *sevrage*. Celui-ci ne veut pas faire d'art parce que cela risque d'impliquer l'affect, il s'isole ainsi partiellement et peut garder pour un moment son secret. Simon tente ensuite de trouver une explication rassurante aux « choses » troublantes qui le dépassent en essayant de les catégoriser dans l'ordre des « prémonitions » et des croyances. Celui-ci se confie, mais en fin de rencontre et comme s'il s'enlevait une écharde du pied.

Quand le jeune nous dit que « *c'était comme s'il l'avait toujours su* », nous comprenons qu'il cherche à réduire l'impact émotif. Enfin, quand celui-ci nous quitte en disant qu'il trouve « *bizarre de ne pas être touché par ses émotions* », nous comprenons que ses défenses ne le protégeront pas. Dans la semaine qui suit, le *retour du refoulé* prend la forme d'un passage à l'acte lourdement chargé de significations. Simon le réduit à un acte manqué. En abusant d'alcool et en s'introduisant par effraction, l'adolescent agit encore pour se faire punir. Or, celui-ci *viole* le domicile de sa grand mère maternelle. Cet acte nous apparaît à la fois comme une reduplication concrète de la problématique, mais également comme une attaque inconsciente contre sa mère impliquant toute sa famille.

Cet aspect filial de la transgression nous indique que Simon est blessé profondément au cœur de son identité. L'abus d'alcool et l'entrée par effraction ramène un comportement antérieur qui sera perçu comme un malheur et une agression par la mère. Celle-ci réplique avec rage et mépris. Ces échanges violents mère - fils maintiennent la logique persécutive, s'inscrivent en système et provoquent une « orthopédie des défenses projectives » (Baladier, 1997, p.127). Tout ceci aura pour effet de se débarrasser des émotions troubles en les transformant en agression par des événements extérieurs, ce qui permet également de remplacer l'angoisse par un sentiment de culpabilité plus familier et de différer ainsi le véritable sujet.

De plus, quand le jeune nous dit qu'il se sent comme un extra terrestre « *obligé de tout savoir* », nous sentons que l'adolescent sous-entend toute cette problématique. Il nous dit que tout cela lui fait mal et qu'il n'est pas prêt à aborder ce savoir. Ainsi, l'adolescent qui veut savoir et ne pas « trop savoir » s'adresse au thérapeute et lui demande de respecter son rythme. Notre réponse sera claire : nous lui confirmons que sa sincérité nous est évidente et nous encourageons son désir de poursuivre sa réflexion comme il l'entend.

La consultation du dossier médical de Simon nous montre trente consultations d'août à la fin janvier. Nous constatons la mobilité des symptômes : celui qui disparaît est toujours remplacé par un autre. En février, cesseront les prurits et presque toutes les somatisations. Avec la disparition des somatisations, des visites chez l'infirmière et de la fin de la saison de planche à neige, force nous est d'admettre qu'il s'agit là d'une perte importante de moyens d'expression, de défense et d'une relation de soin pour Simon. Contenant ou exécutoire pour l'agressivité, les symptômes somatiques de Simon avaient pour fonction de le mettre à l'abri de ses anxiétés ou de la menace dépressive. Privé d'importantes défenses et évitant d'aborder et d'exprimer ses émotions en art-thérapie le jeune s'en remet à l'agir.

Ce mode défensif provoque un retrait partiel du rapprochement trop menaçant de la mère, de même que nous constatons un mouvement de retrait semblable dans le transfert. Ces résistances et régressions ont peut-être également pour objet la tentative de réintégrer la position précédente, en déniaient « les aveux », là où un travail psychique de séparation individuation semblait évoluer. Comme nous nous en doutons, il s'agit là de l'utilisation d'un frein de secours et tôt ou tard le jeune devra faire face et composer avec la réalité nouvelle. Cet agir se veut un passage à l'acte qui s'inscrit et se confronte

au processus et à la relation thérapeutique, c'est à dire que celui-ci devra être examiné pour réintégrer la réflexion entreprise sur l'impulsion et l'interdit. Dès lors, considérant tous les éléments constatés en art-thérapie, les niveaux de difficultés suivants se dégagent :

- 1- Un conflit relationnel avec une mère dépressive, fusionnelle et hostile ;
- 2- Une fragilité narcissique fondamentale et des capacités d'autoréconfort limitées ;
- 3- Un attachement trop intense à l'égard de l'objet d'amour oedipien ;
- 4- Une culpabilité vs la délinquance face à la confusion que provoquent les projections des parents ;
- 5- Un trouble somatoforme dominé par des prurits (terminé en février) ;
- 6- Des manifestations d'agir, des somatisations, des troubles et maladies qui s'inscrivent dans le continuum psychosomatique, permettant à Simon de lutter contre l'angoisse et le conflit narcissico-objectal de l'adolescence.

Comme nous avons pu le constater, les problèmes se sont superposés et complexifiés au fil des semaines et le conflit a été relancé de façon récurrente par des révélations chocs. La famille du jeune apparaît comme hantée par des fantômes du passé et des informations importantes sont sorties du vase clos familial. Mais quelque chose d'important encore nous échappe, et peut-être qu'un « conflit de loyauté » joue encore dans l'arrière-scène renforçant d'autant la sévérité du surmoi.

Le 27 mars nous rencontrons Simon pour échanger sur la phase finale de l'art thérapie où, pourrait avoir lieu un projet de médiation corporelle. Comme Simon est fier et déterminé, il ne sera surtout pas question de retarder ou de remettre en cause ce projet, bien que celui-ci soit confrontant. Notre proposition est d'augmenter la créativité de l'adolescent à travers l'exploration de ses idées

et de sa sensibilité dans des voies plus intégratives du corps, c'est à dire par le mouvement. Nous sommes d'accord pour débiter dès la semaine suivante. Nous proposerons des d'exercices semi-dirigés à partir desquels l'adolescent pourra improviser et composer d'autres voies d'exploration. L'offre convient à Simon et celui-ci est rassuré par le droit qu'il a de mettre fin ou de modifier en tout temps les exercices proposés. Ce projet ne se déroulera pas tout à fait comme souhaité. En fait, trois congés viendront soustraire des séances d'art-thérapie, et ces rencontres supplémentaires n'auront lieu qu'à trois reprises. Par contre, Simon donnera à ces séances une autre direction tout aussi valable, celle de l'image de soi.

Ce jeudi 3 avril est notre dix-huitième rencontre et nous sommes à six semaines de la fin de l'art thérapie. La séance se déroule dans un local plus spacieux afin d'être en mesure de se déplacer et de faire des mouvements amples. Au mur est accroché une feuille et le matériel d'art est là disposé bien en vue sur une tablette. Nous nous aidons d'une bande sonore qui invite à faire des mouvements. Des consignes sont données, accompagnées de suggestions pour se détendre et relaxer au moyen de mouvements fluides. Nous donnons le coup d'envoi par l'exemple et nous invitons l'adolescent à entrer en mouvement. L'exercice prend fin après 7 minutes. Simon voudra parler avant de dessiner. Malgré des problèmes d'élocution il arrive à exprimer et affirmer ses émotions et réactions agressives. Il n'aimait pas bouger avec des consignes mais il n'osait pas s'arrêter. « *Je me sentais comme dans une secte* ». Simon nous dit que d'être « *autant à l'écoute* » de ses sensations internes c'est comme joindre une religion où chacun est son propre dieu dans son corps. Ainsi, « *s'aimer autant c'est dangereux* », on peut en venir à trop s'aimer, devenir égoïste, antisocial et, le danger est là : « *retomber dans la délinquance.* » Il donne raison ainsi à sa mère qui l'a accusé par le passé d'être délinquant parce qu'il s'était « *trop centré sur son nombril* ».

Simon semble se parler à lui-même et nous voyons que tout à coup qu'il se perd dans ses pensées. Peut-être que ces mots sont ceux d'une discussion qu'il a déjà eue avec sa mère... « *Juste être toi tout seul pis tu te crisses de tout le monde . Tu sais.. ben je...je me sens déjà là, déjà que je le fais pas mal ça...* » (me crisser de tout le monde). Il dit tristement : « *tu sais, là, je commence juste à réaliser qu'il existe d'autres... du monde autour de moi...et puis ee.... Retomber là dedans ! ?* Maintenant il nous regarde avec insistance comme si nous savions quelque chose... « *Ben c'est vrai ...c'est vrai... parce que moi là... tu sais j'ai volé \$ 5000 piasses et pis je m'en crissais !...* Il baisse les yeux ...« *J'ai fait de la peine à ma mère ...* » Simon a sorti le chat du sac et il s'énerve... Il commence par se traiter de différents noms et il a honte. Mais il se reprend aussitôt et nous dit qu'il réalise un changement puisque maintenant il tient plus compte des autres. Il nous dira aussi qu'il apprend à respecter les objets des autres, même dans les petites choses. En guise d'exemple il nous dit qu'il téléphone à ses parents pour emprunter un simple chandail...

C'est ainsi que nous apprenons que l'adolescent avait volé un montant d'argent très important à ses parents l'année précédente. Cet acte n'avait jamais été révélé à personne et avait été gardé secret depuis tout ce temps entre les parents et l'adolescent. Or, la mère se référait constamment à ce fait, accusant Simon d'avoir trahi la famille et le taxant de délinquant qui ne paye pas réellement sa dette. Ces aveux libérateurs sont pour nous un fait crucial et un pas peut être dans la direction du dégagement de la culpabilité. Nous comprenons mieux comment les rapports avec sa mère pouvaient être déchirants. Celui-ci sort enfin d'un secret aux effets pervers. Par contre, Simon change de sujet rapidement. Il se dénigre d'abord, puis il corrige les choses. Tout au long de cette rencontre l'adolescent se tiendra à distance d'une position omnipotente, et, il alternera entre des positions extrêmes et une correction et rectification plus nuancée. Simon cette fois, par la parole nous semble être en mesure de sortir de son état d'anxiété pour tenir une position plus intériorisée

devant sa culpabilité. De plus, à aucun moment de cette rencontre, le jeune n'utilisera de fausses justifications de lui-même pour sauver son narcissisme blessé. Nous constatons que l'adolescent est ici engagé dans une voie de transformation et de reconnaissance vers la réconciliation avec lui-même.

Simon nous dira ensuite qu'il est fier d'avoir pu tolérer ses frustrations parce que, dans le passé, il serait sorti impulsivement de la rencontre ! Il se dit fier aussi de pouvoir ainsi exprimer son agressivité. Le jeune vérifie s'il ne nous a pas déçu en mettant fin à l'exercice. Nous le rassurons et nous lui rappelons qu'il s'agit là d'une exploration où il pouvait prendre de telles décisions. Concernant l'exploration future, Simon sera plus clair. Il dira avoir apprécié recevoir de l'information au sujet de la gestion du stress et de l'anxiété. Ensuite, celui-ci nous parlera de ses préoccupations concernant son apparence et il exprimera son désir de réfléchir sur l'image de soi. Ceci fait sens puisque, par la suite, il nous parlera de son désir de fréquenter une fille. Il dira que, pour l'instant, il aime et n'aime pas son corps.

Depuis longtemps, il vit des souffrances de toutes sortes et des peurs d'attraper des maladies de peau. Simon parle du sport extrême, son corps lui dit le traiter comme si il était "toff" et capable d'en prendre... Et il prend des risques, se blesse et alors il n'arrête pas de regretter ses gestes impulsifs. L'amour du risque et l'adrénaline, sont là depuis qu'il est tout jeune, dit-il. *« Déjà à sept ans je marchais sur les clôtures et le toit de la maison pour faire réagir ma mère ! »* Son corps a subi tellement de blessures... À ce moment, il nous montre ses cicatrices à nouveau et nous demeurons silencieux.

Il parle des massages reçus de sa mère, pour ajouter ce commentaire : *« c'est vrai que je ne prend pas soin de mon corps »*. Il affirme que sa taille lui vaut d'être admiré et respecté par les gars, désiré par les filles, mais qu'il n'aime pas

en bout de ligne son image de « caïd » parce qu'elle est reliée à la violence et à la délinquance. « *Pourquoi mon corps est si gros et si grand ?* » Simon avouera également qu'à son école il jouait au « caïd » et que maintenant il le regrette. Pour se racheter, il s'en remet à Dieu et s'est impliqué dans un groupe de « *la relève chrétienne* » de son village. Il aide les jeunes dont il se moquait il n'y a pas si longtemps.

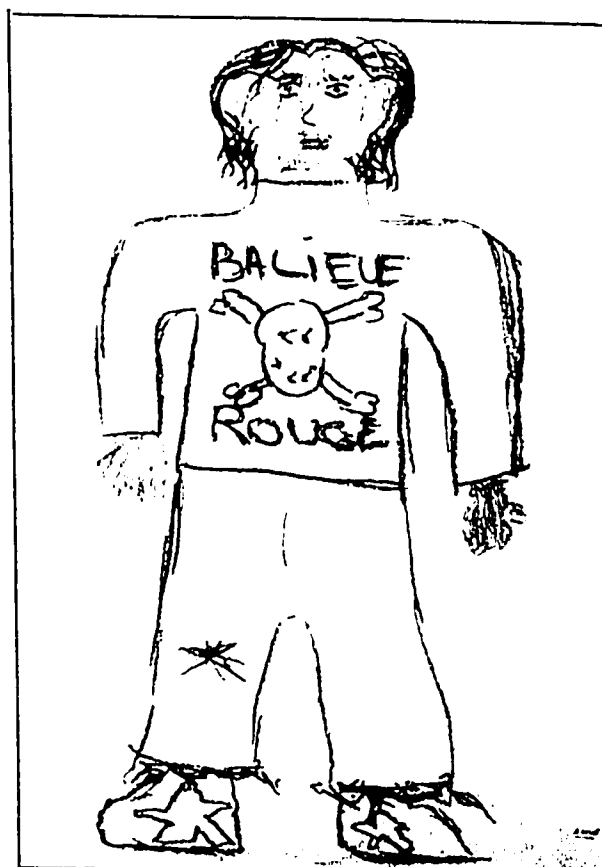


Figure 7

Simon nous dit qu'il est alors prêt à dessiner. L'image qu'il exécute alors nous semble synthétiser tout le questionnement de la rencontre. Ce chandail qu'il dessine avec une tête de mort le représente comme un signe dangereux. Mais, en même temps, il fait une faute d'orthographe en écrivant « banlieue rouge » il signe plus tôt « balieu rouge »... Devrions nous y lire que le « bas lieu » est ressenti comme dangereux ? Dans son image de « caïd », Simon occupe tout l'espace de son support, tout comme sa taille occupe ses préoccupations.

Phase finale (6 rencontres)

Nous nous engageons dans la phase finale dans laquelle auront lieu six rencontres. Comme nous l'avons vu, l'adolescent, par ses aveux se dégage du piège de la situation perverse qui l'accablait dans sa famille et qui l'amenait à voir sa dette de délinquant comme impossible à payer. Du même coup, celui-ci se sort de l'impasse de la faute objective, apaise ses regrets obsessionnels et peut effectuer un passage à la « culpabilité subjective » (Baladier, 1997, p. 114). Par ce réaménagement, Simon mettra de moins en moins l'emphase sur la réalité persécutrice, et son intériorité s'en trouvera améliorée. Le jeune s'engage donc dans cette phase finale en questionnant son apparence. Lui qui n'en finit plus de grandir doit vivre avec une taille qui l'expose aux regards et qui provoque constamment les réactions des autres garçons et même des adultes masculins. Il doit aussi composer avec une image virile et une force physique, qui font contraste avec ses vulnérabilités. Le conflit autour de l'étiquette de la délinquance et les révélations de sa mère, victime d'inceste, poussent le jeune à interroger son être, son devenir et son identité imaginaire par des représentations de soi.

De façon générale, lors de cette période, nous reconnaitrons le maintien des mêmes mouvements adaptatifs constatés lors de la rencontre de médiation corporelle. Ainsi, d'entrée de jeu lors des séances, l'adolescent adoptera une position plus congruente et plus active dans le moment présent en art-thérapie. Il examinera alors ses expériences vécues et questionnera ses colères en regard de son image de délinquant. Souvent, celui-ci décrira le déroulement concret des événements pour tenter ensuite d'y reconnaître ses émotions. Nous notons là, une meilleure capacité de se distancier et de questionner ses perceptions à travers l'expérience de la réalité, tout en poursuivant le mouvement d'affirmation de soi. Simon s'en remettra également à des techniques qui lui

permettront de rendre plus tolérable la réalité et d'exercer un « contrôle » sur lui-même. Ainsi, au plan des relations, celui-ci compte sur les stratégies de négociation apprises lors de son séjour au Centre et qui sont de type « approche réalité ». Également, de son propre chef, Simon improvisera des exercices pour s'aider à décrire son expérience. Par exemple, lors d'une séance, il prend l'initiative de dessiner au mur, mais avant de s'exécuter, il fait des mouvements d'étirement et prend de grandes respirations. Ensuite, il fera une séquence de trois dessins : le premier étant un "autoportrait " dans l'état d'anxiété ; suivi d'un schéma abstrait dans lequel il précise des zones où la pensée et l'émotion sont clivées ; enfin, il fera un dernier autoportrait au mur, se représentant dans la levée de l'anxiété. Lors d'une autre séance, aussitôt entré il voudra dessiner, utilisant cette fois une gestuelle très active pour évacuer et placer à distance ses frustrations et son agressivité. Enfin, à une autre occasion, il se représentera sous le traits d'un bébé ayant une maladie de peau face à des trampolines. Le jeune nous dira alors : « *Mes défenses sont comme des trampolines. J'ai toujours bondi sur les obstacles au lieu de passer au travers.* »

Simon prendra l'initiative et accumulera des expériences créatives où, avec succès, il retrouvera un état plus apaisant. Nous croyons qu'il se réapproprie ainsi un pouvoir sur lui-même, tout en réalisant dans l'expérience la fonction de pare- excitation de la médiation artistique qui « propose des détours contenant l'excitation et, qui « permet la transformation de la pulsion en éléments psychiques »(Bedwani & Lafortune, 1996, p. 114). Lors de ces rencontres, nous constatons un fort transfert positif. En fait, cette performance de l'adolescent en art-thérapie vise à nous démontrer qu'il est plus conscient de ses vulnérabilités ; qu'il est en mesure de mieux faire face à l'anxiété ; qu'il peut utiliser l'image ou l'art pour transformer ses émotions.

Néanmoins, bien que l'adolescent reconnaisse plus clairement certains aspects de ses problèmes et sa propre responsabilité, celui-ci continue à

banaliser l'importance de la consommation d'alcool et de cannabis. Bien que mieux averti, Simon doit toujours composer avec ses vulnérabilités dans le quotidien et apprendre à mieux reconnaître les thèmes qui l'angoissent et le provoquent. Parmi ces vulnérabilités se retrouve cette tendance à s'installer dans une "positivité " et une intellectualisation rassurante. Ceci l'amène à nouveau dans des voies où se camouflent les contradictions et les émotions. Comme nous le savons, les changements complexes et en profondeur ne se commandent pas, puisque les véritables enjeux s'opèrent aux niveaux inconscients. Par conséquent, si le jeune vit des expériences positives et se saisit plus clairement dans l'intentionnalité ou dans un vécu mieux conscientisé, celui-ci revient à l'occasion aux défenses plus archaïques de l'agir. Aussi, pour clore cette partie sur la relation thérapeutique, nous examinerons une séance où Simon nous rapporte un passage à l'acte.

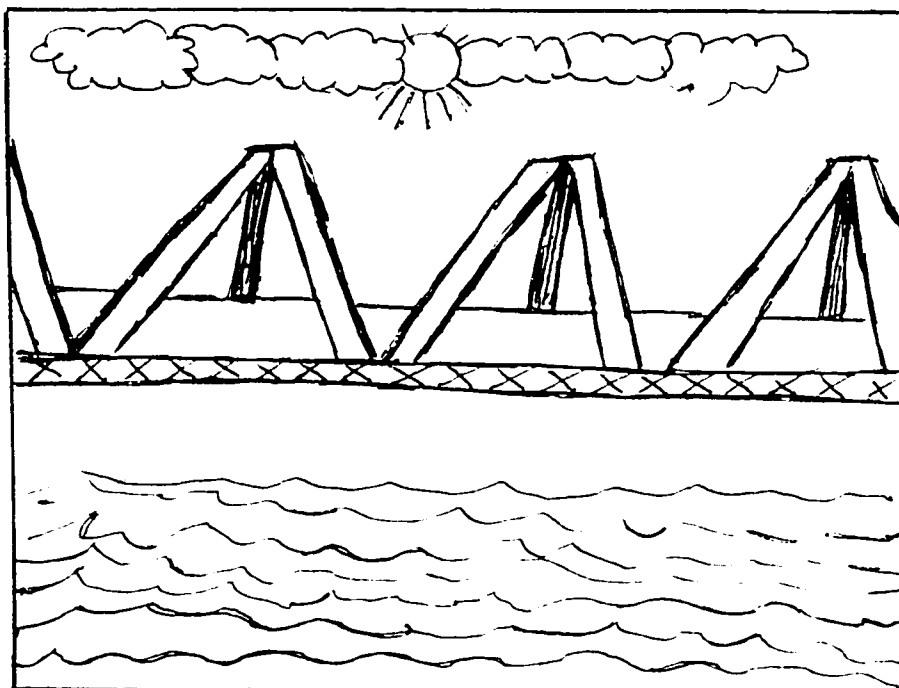
Trois rencontres avant la terminaison de l'art thérapie, Simon nous rapporte l'histoire suivante . Lors de sa sortie, il a rencontré une jeune fille de qui il s'est épris. Or, celle-ci lui a confié avoir été victime d'un viol l'année précédente. L'adolescent passe alors la nuit avec elle à faire l'amour et parler tendrement. Le lendemain, celle-ci ira assister à un match de football auquel Simon participe.

Au moment d'embarquer sur le terrain se produit un événement qui plonge le jeune dans la colère et l'anxiété. La mère d'un joueur pointe Simon du doigt et dit à son garçon devant tout le monde : « *Je ne veux pas que tu fréquentes ce délinquant !* » Lors de la partie, Simon prend en rogne un adversaire de sa taille dans l'équipe adverse et déclenche une bagarre avec lui . « *Ce gars faisait son dur et faisait peur à tout le monde.* » Lorsqu'il raconte cela, le jeune est d'abord agressif. L'événement avant la rencontre l'a vraiment provoqué : « *Vous voulez voir un délinquant et bien vous allez en voir un vrai !.* » Mais peu à peu, Simon se

sent coupable, regrette et se questionne sur sa violence. Il avouera aussi que bien que le gars faisait son « dur » et qu'il était plus gros que lui, il réalisait maintenant qu'il ne risquait rien, puisque c'était un fanfaron qui ne savait pas se battre. *« Ça n'a pas de sens, je ne veux pourtant faire de mal à personne. Je ne suis pas un batailleur et je suis contre la violence. Peut être est-ce parce que cette fille me regardait ? »*

Pour notre part, nous dirons une seule chose à Simon : nous étions convaincus qu'il n'était pas un délinquant et le fait qu'il se soit battu ne changerait pas notre opinion. Simon s'apaise rapidement et parlera plus tristement de son indignation pour le viol qu'avait subi la jeune fille : *« Elle m'a raconté comment elle était blessée. Moi, je ne voulais pas nécessairement faire l'amour, mais elle me l'a demandé. J'ai vraiment fait attention à elle, mais en dedans de moi j'étais révolté... Peut être que dans le fond c'est pour ça que je me suis battu...? »* Simon demandera alors à dessiner et il fera les deux dessins : d'abord un pont et il se demande ce qu'il peut bien réunir...

figure 8



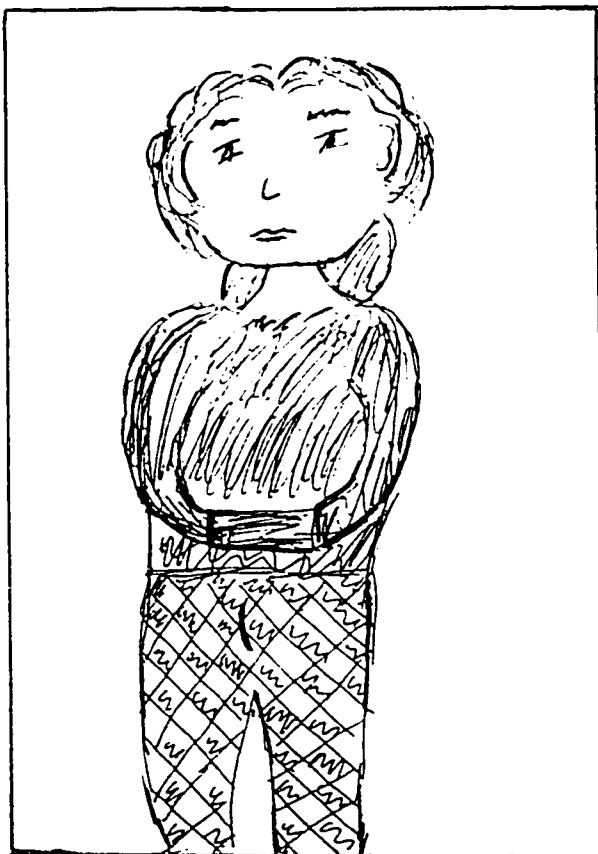
Il exécutera ensuite un autoportrait et dira : « *J'ai mon chandail Kangourou. C'est moi. Il y a vraiment ce côté doux en moi.* » En regardant toute cette séance, nous pouvons faire ressortir un certain nombre de constats. D'abord, nous devons admettre que la situation rapportée par Simon mettait en jeu l'ensemble des thèmes auxquels le jeune était le plus vulnérable : la sexualité et l'abus, la question du pouvoir, la violence et les blessures narcissiques concernant l'étiquette de délinquance. Dans un premier temps, il nous apparaît comme un fait crucial que Simon s'implique dans une relation sexuelle avec une jeune fille ayant vécu un abus sexuel. Nous pensons retrouver ici ce que certains auteurs décrivent comme un déplacement « de la réalisation incestueuse » à l'extérieur de la famille (Schmit, 1997, p. 57) Cet événement semble donc signifier que des mouvements intérieurs se dessinent chez Simon, qui permettraient à celui-ci d'entreprendre le détachement de sa mère.

Par ailleurs, l'expérience malheureuse du lendemain fait ressortir une épreuve dans laquelle le jeune a la possibilité de prendre la pleine mesure de sa souffrance et de sa violence intérieure. Il est possible que, placé en miroir devant un gars de sa taille, et qui agissait de façon « délinquante », Simon ait eu peur. Se battre lui assurait de ne pas se sentir identique à lui. (Dolto & Nasio, 1987, p. 70) Par cet événement, celui-ci est donc confronté après coup à sa violence, mais cette fois sur le terrain de la culpabilité subjective. Le jeune a d'abord la possibilité de prendre conscience de sa vulnérabilité au plan narcissique et de réaliser comment il est aux prises avec le défi de découvrir son identité. Simon a encore joué avec un interdit dans un contexte sportif où on ne peut l'accuser d'agression. Néanmoins, cette limite lui remet en pleine face la question centrale de la violence qui l'aura hantée tout au long de cette thérapie. Cette fois-ci il se la pose devant le thérapeute, en ayant toutes les cartes en main. Notre réponse orientera Simon sur le fait que cela n'a rien à voir avec la délinquance, mais plutôt avec le développement de son éthique personnelle et de son jugement moral.

Lorsque Simon dessine le pont, il nous apparaît s'apaiser. Il reprend l'image qui symbolise pour lui *la communication*. De plus, le point de vue qu'il adopte est celui de l'implication dans l'espace. En effet, nous observons ici la seule et unique occasion où Simon utilise l'espace de son support comme s'il s'agissait d'une fenêtre. Malgré sa rigidité et sa tendance symétrique, l'effort de perspective et la composition par étagement de ce dessin nous apparaissent marquer l'idée même du changement.

Enfin, quand le jeune se dessine sous ces traits plus féminins et doux, les mains enfouies dans la poche ventrale de son chandail Kangourou, nous nous rappelons d'un collage fait au départ de la thérapie. Le jeune, à ce moment-là, s'était représenté par l'image d'un kangourou se réfléchissant dans le miroir de

Figure 9



l'eau qu'il buvait. Il avait alors utilisé cette métaphore pour représenter son engagement en art-thérapie où, malgré ses défenses de fuite, il voulait arriver à mieux se réfléchir et mieux se rassasier. Devant sa représentation, Simon dira : « *C'est moi, (...) ce côté doux en moi.* » Cette représentation nous semble condenser différents symboles du travail psychique en marche chez Simon : l'intégration du self et de l'autre, du masculin et du féminin, le passage du narcissisme primaire au narcissisme secondaire et une intériorité qui annonce des jours meilleurs en ce qui regardent le soin de soi et le bien-être de l'adolescent.

Chapitre III. Analyse de la production d'images

Expression de type " haptique "et choix formels répétitifs

Les déterminations d'une « deuxième peau » musculaire et psychomotrice (Bick, 1968) auront mis en place un mode adapté d'organisation perceptuelle chez Simon . Celle-ci influence donc chez lui la catégorisation et la conception de l'environnement. Ce trait dominant a été désigné et dénommé par Gibson en 1966 de l'appellation "haptique" (*du grec "haptos"*; ie : "emprise"). Or, l'haptique réagit à l'environnement à partir du corps, s'appuie et se fie plus fortement aux aspects formels et sensoriels pour se diriger. Par conséquent, l'expression et la création des images montrent des caractéristiques différentes de l'évolution graphique de la majorité des personnes qui s'organise autour de la perception visuelle. (Lowenfeld & Brittain, 1982, pp. 326-336).

Généralement, Simon choisit toujours le même matériel et aborde ses supports à l'horizontale. Ses structures spatiales demeurent similaires malgré leurs variations de contenu et de figuration. Ainsi, 24 images prennent assise au centre du format à partir duquel il développe une composition en symétrie variable. Également à 14 reprises, Simon isolera un objet ou un personnage au centre de sa feuille. Les formes graphiques sont frontales, la figuration est de face et 26 dessins montrent un caractère clairement bi-dimensionnel. Le format, le centre, le support et ses limites semblent des appuis utilisés pour créer des compositions fermées dans le cadre spatial. De plus, c'est de façon exceptionnelle que la feuille est utilisée comme une fenêtre placée devant un champ spatial. Ici le geste ne détermine pas, comme dans le développement graphique normal, une pensée visuelle intégrée dans un espace projectif perspectiviste. Le jeune, devant sa feuille, demeure proche du tactile et de l'action. Il aime faire des traces et construire des formes et des compositions en

s'appuyant sur les repères géométriques du format. Si parfois les choses sont disséminées dans l'espace, les éléments seront disposés pour satisfaire les besoins d'équilibre et pour éliminer la tension. Les deux tiers des dessins montrent des formes géométriques, des motifs et des signes répétitifs ainsi que la présence d'un geste sinueux très particulier. Ce phénomène formel de la répétition se retrouve dans une série de modelages en séquence (figure 2, p.48), de même que dans le collage qui répond à la règle de l'écriture en exprimant une progression linéaire d'idées (figure 10, p.89) .

Le rapport haptique à l'espace s'appuie très fortement sur l'isomorphisme corporel. Cette stratégie est employée justement parce que le schéma corporel est peu solide et cherche une «emprise» pour construire l'unité schématique du corps par des moyens empiriques. Cette « manoeuvre de structuration» est prise dans le langage et soumise aux variations de l'affect. Simon présente aussi des défenses obsessionnelles rigides qui renforcent la répétition. Nous mentionnerons ce que disent certains auteurs concernant ces façons d'aborder l'image. Kramer dit en 1977 que le fait de choisir toujours le même matériel traduit un manque d'assurance. Payne, en 1958, associe les gestes et motifs répétitifs à des patients anxieux. Pour Jolles, en 1971, la tendance à centrer signifie l'insécurité, la rigidité et le besoin de maintenir un équilibre psychologique et un contrôle prudent. Enfin, Levy en 1973, a pour avis que cette tendance à s'appuyer sur la bordure ou le cadrage montre un besoin de dépendance (Brown, 1980, p. 47). Ces constats permettent de nous rendre compte des relations étroites entre les états et positions psychologiques et les choix plastiques et l'ordre spatial de l'image. Pour Simon, cet ordre formel et spatial semble participer à la construction de la représentation qui devient un reflet de sa schématisation corporelle. Les mécanismes répétitifs en place aideraient à se percevoir comme étant schématiquement "le même", renforçant ainsi la sécurité narcissique.

Représentation de soi et degrés de figuration

Comme l'enfant, Simon aura privilégié presque exclusivement la représentation de soi comme cadre d'interprétation. L'ensemble des représentations constitue un portrait varié de l'image inconsciente du corps et un portrait psychologique général de Simon. La plupart de ces images sont des transpositions d'aspects émotifs, identitaires et existentiels. Le degré de figuration de ces représentations de soi montre le mode et le registre de création par lequel Simon aborde ses diverses anxiétés et états psychologiques. Les 37 représentations de soi peuvent être classées en 4 tendances où varie le degré de figuration du plus réaliste au moins figuratif :

- 1) Réaliste : montrant le fait concret visible ou caché (5 images).
- 2) Figuration analogique et métaphorique (18 images).
- 3) Représentation archaïque du corps (1 image).
- 4) Représentation esthétique-sémiologique des sensations-émotions (13 im.)

Corps et espaces fragmentés et distordus :

vulnérabilité narcissique et sujet divisé dans le langage

La représentation de l'image de notre corps en dessin tend à appeler l'expression graphique du conflit, nous dit Karen Manchover. Ainsi, dans l'image de Simon, nous constatons des défenses qui font écho aux enjeux des anxiétés. Par exemple, nous pouvons souvent observer l'isolation, la fragmentation ou la distorsion, que ce soit dans l'espace ou dans l'image du corps (ex. figure 1,p. 42, figure 6, p. 69, figure 10,p.88, figure 11,p. 92). Spiegel, en 1959, suggère que l'identité repose sur la perception organisée du corps et que celle-ci fournit un cadre d'interprétation des événements (Fisher, 1970, p. 111). Un concept du corps vague et faible montre une expérience alternante dans l'angoisse, où des zones du corps sont perçues comme faisant plus ou

plus ou moins partie de soi. Certaines peurs liées à des événements refoulés pourraient se transférer au plan de la perception globale de soi (Fisher, 1970).

Si le narcissisme fondamental est mal amarré au corps, si l'image de base par où le sujet s'accroche à son moi reste fragile, alors surgit la menace propre à l'état phobique. L'état phobique consiste à surveiller tout le temps la maintenance de l'image de base existentielle (Dolto & Nasio, 1987, p. 19).

Alors, les préoccupations et souffrances s'observent également à travers la division du sujet qui est pris dans le langage et dans des désirs inconscients se manifestant dans l'image du corps et dans le transfert avec l'art thérapeute. Au niveau verbal, des métonymies et métaphores sont observables dans le vocabulaire et les expressions typiques. Tout comme au niveau de l'image, les fragments apparaissent comme des signes non liés ou des significations non intégrées aux structures. Dolto (1987) reprend pour les parties du corps le concept de l'objet transitionnel « comme un objet-relais circulant et reliant les divers lieux de pulsion » (Dolto & Nasio, p.29). Simon déplace donc ses désirs dans des analogies et les condense dans des images isolant les différentes parties du corps. Ceci peut être observé dans les exemples suivants :

La peau : images bi-dimensionnelles, sensibilité aux surfaces.

Images : parasols évoquant des seins, guerriers nus, bébé avec maladie de peau devant des trampolines, importance des chandails, série "abstraites" reliée à la recherche de limites.

Têtes : tête sans nez, ni yeux, ni bouche, mi singe, mi-humaine, divisée à la verticale, tête de kangourou, lunettes fumées, cerveau divisé, tête transparente.

Bras : bras filial, bras mous et tordus, bras aiguilles d'horloge.

Mains : esquissées légèrement, transparentes, minuscules, mitaines, parfois absentes, cachée dans une poche ventrale d'un chandail kangourou.

Pénis et formes phalliques. - bien indiqués dans l'image par des plis en forme de pointes ou par un trait vertical, souvent les mains à proximité, formes cylindriques privilégiées en modelage.

Objets tenus : lance, pic d'alpiniste, bâton de baseball.

Torses. Parfois la musculature stéréotypée, tronc et épaules larges. Dans l'anxiété, le torse semble être le plus envahi.

Jambes et pieds. Souvent coupés ou esquissés très légèrement.

Or, pour Dolto, ce vocabulaire du corps serait en fait « une image inconsciente du corps spatio-temporalisée dans la relation à la mère » (Dolto & Nasio, 1987, p.30). Le «collage autoportrait» suivant illustre bien cette fragmentation du corps et de l'espace dont nous venons de parler.



Figure 10

Alternance entre bonne ou mauvaise mentalisation.

Lors de la période la plus difficile de l'art-thérapie, l'adolescent a de la difficulté à se représenter et à formuler clairement le conflit vécu avec sa mère. L'impossibilité d'établir une relation plus claire avec celle-ci lui apparaît comme une aberration. La situation est irrationnelle, insoluble et écrasante. Pris entre la frustration, l'anxiété et les somatisations, Simon a tout à coup beaucoup de difficultés à mentaliser. Simon exécute alors une série plus "abstraite" qui tente de représenter ses impressions floues. Les gestes de Simon organisent d'abord ses sensations dans le graphisme des formes. La plastique et l'esthétique de l'image agissent ici comme une médiation corporelle. Une écoute particulière lui permet de capter des forces et de traduire des sensations floues en quête d'associations et de liaisons (Verrier & Bernier, 1996).

Ces explorations de la sensation en art thérapie illustrent bien le passage du signe à la primarisation de choses où des sensations seront exprimées et métaphorisées. Bien que la mentalisation demeure incertaine et alternante dans nos séances, le jeune ayant de la difficulté à élaborer ses idées, nous décelons tout de même la possibilité pour Simon de sortir de ses anxiétés primitives et de l'intensité de ses somatisations. En effet, celui-ci devient progressivement en mesure de mieux se concentrer sur la relation présente et une angoisse pré-morale devient plus facile à verbaliser.

Ainsi, même dans une conscience relative du corps et du conflit, l'image devient un moyen d'intégrer des mécanismes archaïques à un processus de découverte où se produisent des significations pour Simon. L'art-thérapie met en place des conditions qui permettent le développement d'une «intégration progressive entre l'image du corps et la compréhension verbale» (Grégoire, 1990, p.102). Laissant l'adolescent libre de communiquer à partir de ses

perceptions subjectives, un meilleur rapport s'effectue ici entre sujet, corps et organisme, et ce, dans une relation thérapeutique. Impliqué dans un dialogue authentique, l'image devient une autre stratégie pour faire face parce qu'elle donne un appui à la parole. L'art-thérapie donne la possibilité de représenter l'impensable des sensations et ouvre une voie d'accès à l'inconscient du corps. Ce matériel métaphorisé devient ensuite quelque chose permettant de se relier à son histoire.

Cénesthésie, aise ou malaise : origine de la culpabilité

Quand l'anxiété et la souffrance de Simon sont trop fortes et perdurent, des régressions topiques et formelles se manifestent alors dans ses images. Par contre, les nouvelles structures spatiales et les variations observées pourraient illustrer ses efforts pour communiquer et ses tentatives de changer ou de faire la cohésion de soi. À travers sa série d'images « non figuratives », Simon nous montre des régressions qui représentent peut être des morceaux de sa préhistoire affective.

Pour Dolto « le dessin fait concrètement exister l'image inconsciente du corps dans sa fonction médiatrice » (Dolto & Nasio, 1987,p.50). De plus, de nombreux psychanalystes croient que l'image graphique s'enracine dans des impressions somatopsychiques extrêmement précoces (Lemay,1983, p.145). Dans cet ordre d'idée, nous pourrions sans doute constater lors des régressions, divers signes et structures d'image à relier aux phases du développement, de l'indifférenciation à la différenciation de l'image corporelle.

Cette période est marquée par l'organisation des sensations cénesthésiques qui se relient aux affects. René Spitz y décèle les émotions primaires en jeu dans la maladie psychosomatique (1968,p.35). Celui-ci nous

rappelle d'ailleurs que ces stimuli doivent d'abord être transformés en expérience significative avant de devenir des signaux construisant une image cohérente du monde (p. 32). De l'exécution de ces engrammes sensoriels jusqu'aux évocations mentionnées par Simon en associations libres, il y aurait donc là, des équivalents analogiques de la traversée du processus primaire au secondaire, soit ; l'ensemble des phases du développement premier.

Françoise Dolto nous rappelle que chez l'infans le ressentir est expérimental et dépendant des signes renvoyés par la mère. Pour elle, comme pour beaucoup d'autres chercheurs, l'enfant souffrant de troubles psychosomatiques serait un être précocement sensible aux relations émotionnelles et psychologiques (1981, p. 20). Lors des troubles, celui-ci vivrait son corps « comme si la mère y avait pris place ». Comme celui-ci n'est certain que de ce qui lui apporte du bon ou du mauvais à vivre, ses sensations cénesthésiques seraient vécues avec un sentiment coupable inconscient (p.37).

Dans les dessins « abstraits » de Simon, la structure spatiale utilisée est souvent similaire au modèle de la cellule. Le geste qui encercle montre un désir de s'approprier, de délimiter et d'affirmer son existence dans sa totalité. Les sujets abordés par l'adolescent en relation avec ces images sont, outre la relation avec sa mère, la vie et la mort, l'authenticité, le vrai ou le faux, l'errance, l'hypocrisie et sa différence avec l'autre. Les sensations, émotions mixtes et anxiétés, en scène ici, nous semblent liées à des sentiments inconscients de culpabilité, tandis que la répétition des motifs serait analogue à l'obsession de ses regrets.

Le regroupement d'une série de fac-similés de ces images «abstraites» permettront au lecteur de constater de ce que nous venons de décrire.

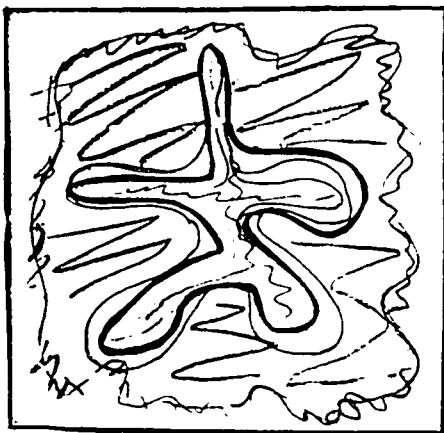
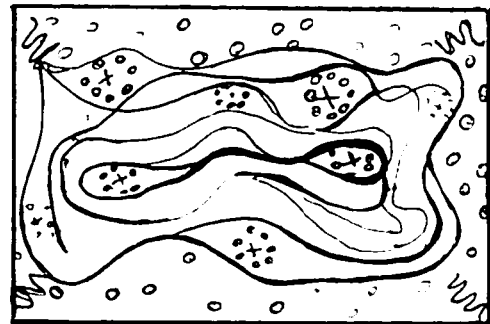
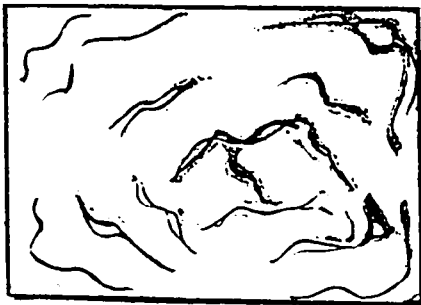
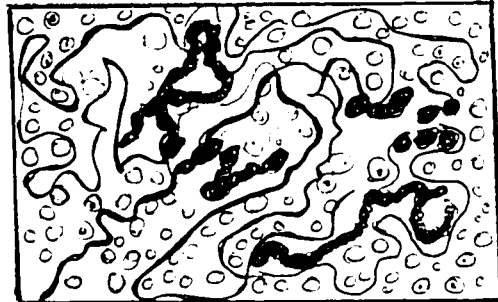
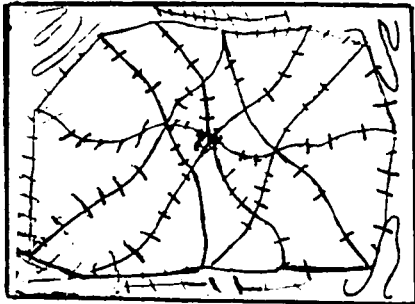
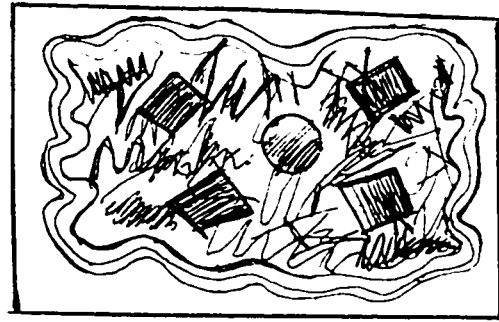
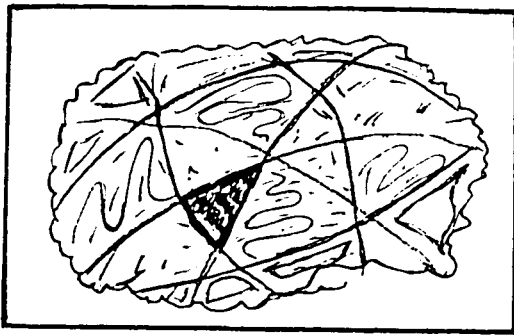


Figure 11

Image de soi et relation objectale

Simon nous aura montré une alternance entre se représenter dans de petites ou de larges figures. Pour Hammer en 1958, de même que Levy et Machover en 1973, des sentiments d'inadéquation sont ici en jeu vis-à-vis de l'environnement. Les larges ou très larges figures montreraient avec évidence des émotions réprimées dans des fantasmes d'estime de soi, de la frustration et de l'agressivité. (Brown, 1980, p. 47)

La presque totalité des dessins figuratifs de Simon n'esquisse pas le moindre signe d'environnement, alors que la représentation du corps en mouvement ne se retrouve que dans trois dessins, et un seul montre une tentative de représentation de profil. Aucune action ne sera représentée à l'endroit d'un autre personnage. Ces dessins sur espace vide ne sont donc jamais situés. Si l'adolescent veut faire comprendre qu'il y a environnement il l'indiquera par des signes très abstraits qui indiqueront plutôt des sensations. Une étude d'Apfeldorf en 1963 montre que le type musculaire actif possède un faible degré de projection du « corps-self ». L'auteur mentionne qu'une mobilité trop active et régulière décroît l'expérience Kinesthésique (Fisher, 1970). Pour nous, l'omission généralisée de l'environnement illustre très bien les difficultés affectives et relationnelles de Simon. Toute représentation de l'autre le confronterait à aborder de front ces conflits. Or, Simon emploie à plein des défenses d'isolation et préfère aborder ce sujet à partir de l'idéal du moi. Il pourrait y avoir dans ce fait, l'expression continuelle du besoin de se mesurer, de se différencier, de s'affirmer et de rebâtir son estime de soi.

Néanmoins, deux réalités évoluent ici en parallèle. D'un côté, certains aspects obsessionnels qui sans cesse s'évaluent pour se contrôler et qui montrent la culpabilité inconsciente qui l'habite. D'un autre, une tentative à se

dégager de cette situation oppressante en installant un rapport à soi qui cherche à se prendre en main, se soigner et se guérir. Ces images deviennent une expérience significative dans la thérapie, grâce aux dialogues qui prennent place dans la relation thérapeutique.

Représentation de soi : perception subjective de la santé et de la maladie

Simon fera six dessins qui pourront être qualifiés d'autoportraits. Or, l'image du corps est vulnérable. Dans le dessin, on peut voir cette image changer par l'affect, l'anxiété et les somatisations. Celle-ci change parce qu'il y a relation et regard de l'autre. Nous pouvons aussi voir le conflit s'exprimer dans l'image de soi, de même que des mécanismes adaptatifs. De nombreuses études montrent que l'autoportrait est une structure fiable pour indiquer l'anxiété corporelle. Par exemple, une étude de Hunt et Feldman (1960) montre que cette représentation en dessin devient un équivalent du Body cathexis scale. Levi (1961) précise que sans être congruentes aux troubles, les parties représentées ou non représentées sont des investissements et désinvestissements représentant des préoccupations particulières. L'autoportrait pourrait donc être vu comme un bon indicateur des anxiétés vécues dans les différentes zones corporelles. Ainsi, les tendances empiriques et positives du dessin du corps nous montrent des attitudes de la personne vis à vis de son corps (Fisher, 1970, p. 68).

Comme nous l'avons déjà mentionné, Simon isole ses représentations sur fond vide et blanc et souvent celui-ci présente de l'incongruence. Il dit se sentir bien, mais son dessin montre le contraire. Or, des études mentionnent que le manque d'interaction avec l'environnement se retrouve souvent chez des patients souffrant de douleurs chroniques et de dépression (Brown, 1980). Ces derniers semblent également avoir de la difficulté à exprimer leurs émotions,

surtout négatives et tendent à les dénier. Cette dénégarion d'émotions, de douleur et de maladie est encore plus courante chez l'adolescent masculin (Bon & Ferron, 1997 ; Calfish & Alvin, 1997). Dans ses autoportraits, Simon omet ou amplifie des détails ou des parties de son corps. Nous pouvons le constater dans l'image suivante.



Figure 12

La zone du torse et des bras de type musculaire représente un endroit de forte anxiété, ceci semble en rapport, selon nous, avec la répression de l'agressivité et sa peur des impulsions. Une difficulté constante se présente dans le rendu des bras et des mains qui sont toujours faiblement esquissés. Pour Karen Machover, cette difficulté de représentation des mains indiquerait des difficultés au plan de l'adaptation sociale, de la culpabilité et de l'agressivité (1980, p. 58). Les pieds et les jambes sont également faiblement esquissés et parfois absents. Il est probable que sentiments d'insécurité, la difficulté à surmonter le conflit et à rétablir l'équilibre seraient en cause (idem).

Une enquête de 4 ans, de niveau sémantique auprès d'une large population d'adolescents de 14 à 18 ans aura permis de dégager les thématiques correspondant à la perception subjective et aux représentations de la santé chez l'adolescent (Laget & Halfon, 1997, p. 89) En utilisant ce tableau thématique pour évaluer l'ensemble des représentations de Simon, nous arrivons à dégager les préoccupations suivantes que nous avons pu retrouver tant par l'image, le rêve amené en thérapie que par les sujets abordés autour des images :

1- La violence niée ou alarmiste :

a) *Interne* :

Il s'agit ici des pulsions pouvant conduire à des conduites destructrices ou autodestructrices (suicide, drogue et délinquance). Or, comme nous le savons, la demande du jeune porte précisément sur ce point. Quinze de nos rencontres ont porté sur ces questions.

b) *Externe* :

Il s'agit ici de la violence perçue dans le monde ou dans la vie (maladie et mort), celle des adultes qui peut se manifester tant par la menace de voir les parents divorcer que par la guerre ou la pollution. Ces sujets sont présents dans 10 de nos rencontres.

2- Le rapport au corps :

il s'agit ici d'abord des transformations pubertaires, ensuite du corps perçu comme un objet à entretenir et à maintenir en bon état de fonctionnement, enfin du corps en tant que support du rapport à l'autre qui fait évoluer progressivement le système relationnel de l'adolescent. Ces sujets ont été abordés directement dans 11 de nos rencontres.

3- La sexualité :

il s'agit de la curiosité autour du sujet, exacerbée ou sublimée, déplacée sur du savoir ou des promesses de connaissances futures. Ces sujets furent abordés directement dans 1 seule rencontre et suggérés dans 11 rencontres.

4- Deux formes d'angoisses exacerbées :

a) *L'identité imaginaire* : c'est à dire celle qui cherche à se retrouver, s'évaluer dans le rapport narcissique au semblable. Ces sujets ont été abordés directement dans 22 rencontres.

b) *sens d'être et du devenir* : dans un monde qui apparaît avec ses imperfections et ses injustices. Ces sujets ont été abordés directement dans 15 rencontres.

Comme nous pouvons nous en rendre compte, l'autoportrait et les représentations de soi s'avèrent très utiles pour évaluer les traits de la personnalité d'un adolescent vivant des problèmes multiples. Les données qui en ressortent viennent confirmer, préciser et compléter l'évaluation psychobiosociale.

Représentation et adaptation en situation normale ou facilitante

Nous retrouvons chez Simon, dans l'anxiété liée à des problématiques relationnelles, parfois, une mauvaise mentalisation. Lors d'événements familiaux stressants, la simultanéité d'émotions contraires semble devenir insupportable et le jugement s'en trouve affecté. Néanmoins avec du soutien, la réversibilité semble toujours possible. De plus, à travers nos vingt-sept rencontres d'art-thérapie, les différents stades de développement psychosexuel

et cognitif se sont manifestés clairement. Nous avons également constaté que séparé de sa famille, dans des situations soit normales, soit difficiles et stressantes, et malgré ses vulnérabilités, Simon pouvait adopter des défenses avancées à travers une pensée formelle (Levick, 1983, p. 28). Ainsi, dans un environnement facilitant et encourageant, le moi trouvait rapidement des repères, ou encore, l'adolescent se forgeait des équivalents symboliques de la réalité. Enfin, lors de cette thérapie, nous avons pu nous rendre compte que tous les niveaux d'excitabilité étaient présents chez Simon : psychomoteur, sensoriel, imaginatif, intellectuel et émotionnel. La possibilité de changer pouvait donc ainsi s'appuyer sur un fort potentiel de développement (Levick 1983).

Simon est sensible aux arts plastiques mais il privilégie la culture musicale. En effet, l'adolescent est un guitariste impliqué dans un band de musique se rencontrant à toutes les semaines. C'est pourquoi nous avons fortement encouragé ce jeune à s'exprimer par le biais de son instrument, et à continuer à s'affirmer à travers ce qu'il affectionne tout particulièrement : l'improvisation musicale .

CONCLUSION

Cette recherche voulait mettre en valeur le potentiel de l'art-thérapie, et démontrer que cette discipline offre une alternative valable pour aider l'adolescent souffrant de troubles psychosomatiques. L'examen des concepts psychosomatiques utilisés dans la psychothérapie de ces problèmes nous confronte à la grande diversité des modalités de la pratique clinique. Il nous semblait opportun de distinguer cette clinique à partir des différentes conceptions du symptôme et de son étiologie. Cette présentation nous aura permis d'examiner l'ensemble de ce champ clinique et de situer notre cadre de référence psychanalytique. Cette mise en ordre aura eu pour effets également de mettre en relief les notions susceptibles d'être applicables en art thérapie. Dans cette conclusion, nous constatons l'importance d'effectuer de la recherche en psychosomatique en art thérapie tout en examinant le bien fondé des hypothèses qui nous ont motivé tout au long de cette recherche.

Le modèle bio-psycho-social de la psychopathologie envisage la maladie en se référant à une causalité multifactorielle. Cette mise en perspective amène la médecine à donner une place à la discipline psychosomatique et à prendre en compte les facteurs psychologiques en jeu dans la maladie. Une définition plus fine et plus globale de la santé et une meilleure compréhension de l'être souffrant ont pour effet d'humaniser les soins. Cette attitude aura stimulé, depuis trente ans, le développement de recherches en psychologie concernant le soin et la relation aux malades, de même qu'à l'étude des facteurs favorisant le processus de santé ou du bien-être. Ce champ d'exploration trouve de nombreuses applications pratiques en milieu hospitalier et dans la société. L'art-thérapie participe pleinement à cette recherche, s'implique dans le soin de tous types de maladies ou traumatismes et occupe une place importante dans de nombreux hôpitaux à travers le monde.

Une revue de ces traitements en art-thérapie par Fleming & Cox nous a permis de nous rendre compte que la majorité des art-thérapeutes travaillent autour de la détresse physique, font le point de mire sur la maladie ou le traumatisme et mettent l'emphasis sur l'expression de l'expérience concernant l'invalidité et l'hospitalisation (1989). Les approches psychodynamiques considèrent l'émotion et l'angoisse soulevées par la situation du patient, visent la perlaboration et l'acceptation de la condition physique, ou encore les pertes inhérentes à la maladies (idem). Ces approches permettent aux patients de représenter symboliquement la douleur et la maladie, favorisent l'apaisement de l'anxiété, aident à l'intégration du corps et au recouvrement de la santé.

Par cette recherche, nous avons constaté que peu d'art-thérapeutes intégraient les concepts psychosomatiques concernant la répression de l'affect dans leurs approches et traitement des somatisants (Fleming et Cox, 1989). Comme nous l'avons vu dans notre étude de cas, cette défense protège le somatisant de ses besoins de dépendance inacceptables. C'est pourquoi le travail de Flemming et Cox nous apparaît digne de mention. Travaillant auprès de groupes d'anorexiques, ces auteurs s'adressent aux processus somatiques et affectifs en jeu chez l'anorexique. L'intervention est conçue de manière à provoquer une expérience correctrice émotionnelle par la médiation intégrative de l'image du corps et par le dialogue autour de l'image. L'approche développée par ces chercheurs en art-thérapie nous permet de constater comment la trajectoire « somato-psychique », en jeu dans la construction d'une image, est beaucoup moins « conversionnelle » et confrontante pour le somatisant. Ce qui, entre autres, permet d'engager le patient somatique dans sa guérison à travers l'art .

Du corps de représentation à l'imaginaire en art thérapie

Les traitements psychosomatiques présentent de nombreuses difficultés. D'abord le vocabulaire somatique affectif est limité et présente des problèmes étymologiques. Ensuite la problématique du corps est une expérience difficilement représentable par la conscience abstraite verbale. Ainsi, la parole consciente nous fait sortir de l'expérience du corps et du moi intégral. (Chabin et Marimbert, 2000, p. 102). La « corporéité » nous dit François Chipraz, est un «immédiat» qui colle à l'être (1963). Cet immédiat est un « impensable » qui fonctionne dans l'intuition, nous dit Bergson (Verdenal, 1979).

L'expérience du corps appartient aux domaines des sensations et des émotions qui se mêlent aux espaces imaginaires préconscient et inconscient. Cette expérience qui pourtant nous semble si évidente «d'être présent dans son corps», devient ainsi très difficile à interroger, exprimer et articuler en tant qu'expérience « vraie ». De plus, nous dit Merleau Ponty, « l'expérience de la présence » est une gestalt fragile aux illusions. Par conséquent, il devient très ardue, non seulement de rendre compte de sa perception, mais surtout, d'être certain que cette perception soit « vraie » puisque l'imaginaire et les lieux communs s'y mêlent et qu'il y a perte des repères à son insu (1964). Ces questions sont toutes à considérer lorsqu'on aborde le traitement des troubles psychosomatiques.

Dès qu'il entre dans la douleur ou la maladie, l'individu quitte le monde logique pour entrer dans le domaine surtout affectif et irrationnel des fantasmes et des croyances (Mimoun, 1992). Chez le somatisant en voie d'être malade, l'imaginaire se montre d'abord en excès pour combattre l'angoisse. Par contre, la personne souffrant de troubles psychosomatique possède un système de défense qui attaque ou clive ses signaux affectifs, ses représentations et son imaginaire qui sont rattachés à l'angoisse. Ces défenses coupent ainsi la

personne de ses moyens symboliques pour la plonger dans une anxiété nerveuse plus diffuse. « Le malade est un homme en qui la fonction du langage se défait » nous dit George Gusdorf (p.7, 1966). Lorsqu'on entre plus profondément dans la maladie et la souffrance, le corps revient au réel, habité d'images partielles, coupé du langage et de la bonne mentalisation. Dès lors, l'imaginaire se restreint et se limite à tourner à vide autour du réel du corps, de la maladie, de l'action concrète ou de la sensation de douleur.

La fonction de l'imaginaire occupe la place centrale lorsqu'il s'agit d'effectuer le passage du préconscient au conscient. En effet, les problèmes de mentalisation à la base des troubles psychosomatiques se présentent quand les représentations du préconscient demeurent partielles et ne peuvent plus se construire en image et passer du côté conscient. Il s'agirait donc ici d'images demeurant partielles ne pouvant se lier à la pensée de mots. Comme nous le savons, la fonction de l'imaginaire n'est pas fonction de l'irréel. L'imaginaire participe pleinement à l'élaboration et à la fonction symbolique (Lacan, 1953). Le défi du thérapeute face au somatisant sera donc de traiter ces symptômes dans lesquels l'affect et l'imaginaire se coincent entre les indices, les fragments et les fantasmes. Ce thérapeute pourra aider le client à avoir accès à une meilleure symbolisation à la condition qu'il considère que l'impasse symbolique est intriquée à une impasse relationnelle. Avec le somatisant, le thérapeute jouera un rôle de pare excitation et installera une relation de type maternel qui prévaudra sur le transfert.

La relation de l'image à l'imaginaire, nous dit Pierre Kaufmann, « n'est pas un aspect particulier du problème, c'est le problème même de l'imaginaire » (1997b, p. 312). Puisque l'art-thérapie met en place des méthodes et procédures où l'entretien clinique se voit combiné à la médiation par l'image, il nous semble qu'il s'agit d'une thérapie qui s'offre comme une alternative valable pour aider l'adolescent souffrant de troubles psychosomatiques. L'art-thérapie

met en jeu un espace imaginaire actif et créatif qui appuie l'approche globale et singulière de la personne. L'art thérapie met en jeu la création d'images spontanées qui ouvre un accès autant à l'image inconsciente du corps qu'au processus symbolique par l'imaginaire intentionnel. Qu'elle soit d'orientation humaniste, existentielle ou psychanalytique, l'art thérapie adopte une démarche fondée sur l'étude des cas individuels. Or, cette étude de cas est enrichie d'une série d'images laissées par le client. Nous croyons que des études de cas approfondies par l'analyse d'images, permettraient d'effectuer de la recherche psychosomatique. La collection d'image constitue un ensemble de données cruciales. Cette image ne possède elle pas un plan anatomique ? Comme nous l'avons vu la transposition isomorphique et analogique dans l'espace plastique permet d'observer et d'analyser le niveau de développement de l'évolution graphique, l'état actuel de l'anxiété, la structure logique de la pensée visuelle. Bref, l'expression plastique et les métaphores des icônes offrent un riche substrat pour l'activité d'interprétation. Ces images permettraient donc d'isoler des éléments fondamentaux des problèmes psychosomatiques donnant une possibilité de confirmer la logique de l'étude de cas et d'unifier la diversité symptômes observés.

Engager l'adolescent masculin dans ses problèmes de santé .

Dans notre étude de cas nous avons pu observer le processus art-thérapeutique d'un adolescent au prise avec des problèmes multiples et des troubles psychosomatiques. Or, ce jeune avait été l'objet d'une sélection au préalable, ce qui est crucial pour traiter des problèmes graves en thérapie brève (Fillotto, 1996). Nous avons constaté que notre cadre thérapeutique convenait très bien à Simon. L'image aura stimulé la mentalisation autour de choses qui autrement seraient demeurées inconscientes. La création spontanée et l'interprétation libre de l'image ont favorisé les découvertes, engagé un processus thérapeutique et permis à la focalisation d'émerger. Ainsi, c'est par

lui-même que l'adolescent aura focalisé sur ses problèmes importants et présenté ses propres hypothèses. Cette liberté aura motivé et stimulé Simon à poursuivre sa démarche en thérapie. Pour notre part, nous retenons ces moments importants de l'art-thérapie où nous avons confronté l'adolescent soit par un questionnement ou soit par des interventions plus dirigées. Bien qu'il y aie eu des résistances, nous avons pu constater qu'à chaque fois Simon aura montré une participation accrue par la suite, amenant en art-thérapie de nouveaux éléments lui permettant de poursuivre plus avant le processus thérapeutique.

Les modalités sécurisantes de l'art thérapie auront permis à l'adolescent de baisser son anxiété. La production d'image implique des procédures actives qui permettent au client d'intégrer son corps et de l'inscrire dans un langage plastique soit dans une communication imagée. Les choix esthétiques impliquent des actions intentionnelles trajectoire somatopsychique ou somato-affective est moins conversionnelle. La communication spontanée par l'image est un « autre langage » qui s'inscrit dans la relation intersubjective. Cette médiation psychocorporelle par l'image est une expérience globale qui fait appel à tous les niveaux de la personne où celle-ci de manière active et stimulante peut vivre une expérience empirique de création à partir d'un langage impliquant le corps.

Faire une image en thérapie met en place des possibilités expressives, projectives et créatives en plus d'une rétroaction continue de la perception à travers la construction de l'image. Ce moment de production offre au thérapeute un moment pour observer le langage psychomoteur et la conduite du client qui compose, improvise et communique dans un langage non verbal .

Revaloriser l'image au cœur du transfert

Notre cadre de référence existentiel et psychanalytique nous aura permis de mettre en relief le symptôme somatique et comportemental à partir de son étoffe symbolique. Les symptômes somatiques ont un sens et ils articulent un message adressé à l'autre et au social. Une approche généraliste en psychosomatique nous aura permis de constater comment toute la singularité entre en jeu dans la maladie et dans les troubles impliquant le corps.

Peu importe la place qu'on est appelé à occuper en art-thérapie, que ce soit en institution ou en pratique privée, notre pratique, face à l'adolescent, n'échappe à aucun des rôles et responsabilités du professionnel. C'est pourquoi l'art-thérapeute doit être formé et informé sur toutes les dimensions et les enjeux de l'adolescence afin de répondre adéquatement aux besoins et aspirations du jeune. Le mode de socialisation des garçons ne favorise pas beaucoup la communication intime entre les hommes et le thérapeute masculin doit faire preuve de tact et de délicatesse. L'imaginaire entourant la question de virilité est liée au développement de l'identité masculine et il faut savoir respecter pleinement ces caractéristiques. La psychosomatique insiste sur l'importance de savoir mieux décoder les signes, le langage et la communication du corps. Ceci devient particulièrement important avec l'adolescent masculin.

Aider l'adolescent aux prises avec des conduites à risque et des troubles somatiques demande d'adopter une attitude qui favorise le soin au sens large. Les vulnérabilités du jeune à l'agir implique d'être vigilant mais aussi de savoir communiquer au bon moment. Si le jeune nous interroge sur son «anormalité», on peut le relancer avec des questions. En fait, il faut arriver à savoir s'il est prêt à recevoir de l'information. Quand arrive ce moment, l'adolescent masculin

espère que l'aidant parle sans gêne, ou: « Informer c'est prévenir et dire l'anormalité du comportement c'est pouvoir proposer une prise en charge de celle-ci » (Caflisch et Alvin, 1997). Il faut donc informer sur le risque ou sur l'anormalité, mais demeurer honnête et dire les limites de ce qu'on connaît. Sinon, le jeune percevra la crainte et le manque de confiance chez l'aidant.

L'actualité des symptômes de l'adolescent à problèmes multiples montre un défaut sur le plan de l'adaptation sociale. Pour Capdevielle et Doucet (1999), les nouveaux symptômes rencontrés chez ces adolescents se présentent comme une résistance et une réponse à l'effritement du lien social, à l'éclatement de la famille, à l'absence d'idéaux et au système de normalisation. Les satisfactions paradoxales ou les assuétudes seraient issues du renforcement de l'individualisme et la croyance qu'il existera toujours un produit miracle disponible pour se soulager ou modifier ses performances. Les auteurs mentionnent également que les tentatives de maîtrise par le corps, les sports extrêmes, les troubles somatoformes et les passages à l'acte violent gratuit sont tous des problèmes où la signification fait défaut (1999).

Pour Julia Kristéva (1993), notre monde est saturé d'images et la société se présente comme un spectacle continu de rêverie ou de standardisation. L'image, selon cet auteur, a la puissance de fasciner et de capter les angoisses et les désirs. L'image se chargerait d'intensité projective et suspendrait le sens. Le dénominateur commun des « nouvelles maladies de l'âme » serait corrélativement à la surcharge d'images, la difficulté à les représenter. La solution pour Kristéva serait de revaloriser l'image au cœur du transfert. Nous constatons que l'art-thérapie s'engage dans ce sens.

Un adolescent en difficulté se présente en art-thérapie, blessé, anxieux et il camoufle sa souffrance. Celui-ci fait une demande à un adulte qu'il croit

compétent. Ce jeune est déjà marqué par une histoire dont il a oublié les images. Cet adolescent est ambivalent et sa suspicion s'éveille facilement. Il est volubile, rationalise mais ne formule pas beaucoup ses émotions. Comment va-t-il admettre ses peurs et ses somatisations ou tout ce qui lui rappelle ses fragilités ou vulnérabilités ? Cet adolescent a peur de sa dépendance il est habité d'une culpabilité inavouable. Cet adolescent est difficile à aider parce qu'il parle peu des expériences traumatisantes qu'il a vécues. Ce jeune s'attend à être pris au sérieux et à ce qu'on le respecte dans ses capacités de réflexion, son autonomie et ses prises de décisions. L'adolescent s'attend aussi que l'adulte qu'il rencontre se comporte différemment de ses parents.

L'art-thérapeute se montre disponible, attentif et clair. Il présente à l'adolescent des médiums artistiques, se montre positif et encourageant. L'adolescent va faire des esquisses en dessin, des ébauches de modelage et des collages. Le sujet se voit représenté par l'image et il questionne du regard cette image. L'adolescent regarde l'art-thérapeute dans les yeux et pense : « Est-ce que ce thérapeute voit plus que moi ce qui se cache dans mon image ? ». L'image s'inscrit dans une situation de transfert et permet aussi de tempérer le transfert négatif. Au fil des rencontres, l'adolescent parle de plus en plus de ce qui le fait réagir et parfois de ce qu'il éprouve. Souvent il baisse les yeux sur son image. L'adolescent somatisant engage ses pulsions et affects dans l'imaginaire et l'action, il construit une image et un dialogue créatif qu'il intègre comme modèle de communication. Corps et âme, par l'image, l'adolescent prend la parole et s'y mesure, avec l'autre...

RÉFÉRENCES

Alberti, C & Sauret, M.-J. (1996). La psychanalyse. Toulouse : Éditions Milan.

Alexander, F. (1952/1967). La médecine psychosomatique. Paris : Payot.

Arnheim, R.(1976). La pensée visuelle. (Trad. par C. Noël et M. Le Cannu). Paris : Flammarion. (Trad. de Visual thinking, 1969).

Arsenault, P.-A., Gagné, R., & Girard, M. (1997). L'adolescent qui somatise. In Payot (Ed.), La santé des adolescents, Approches, soins et prévention. (pp. 229-242). Lauzanne, Nadir, s.a : Les presses de l'Université de Montréal.

Baladier, C. (1997). La culpabilité. In Albin Michel (Ed.), Dictionnaire de la psychanalyse. (pp.114-129). Paris : Encyclopaedia Universalis.

Bénazéraf, C. (1994). Les chagrins de la peau. Paris : Grasset & Fasquelle.

Bick, E. (1968). The experience of the skin in early object - relation. International journal of Psychoanalysis, 49, 484 - 492.

Bon, N., & Ferron, C. (1997). Les représentations de la santé et de la maladie chez l'adolescent. In Payot (Ed.), La santé des adolescents, Approches, soins et prévention. (pp. 87-93). Lauzanne, Nadir, s.a : Les presses de l'Université de Montréal.

Braconnier,A., & Marcelli, D. (1988). L'adolescence aux mille visages. Paris: Universitaires.

Braconnier, A.(1997). Les émergences des troubles anxieux. In Payot (Ed.), La santé des adolescents, Approches, soins et prévention. (pp. 339-344). Lauzanne, Nadir, s.a : Les presses de l'Université de Montréal

Brown, E. A. (1980). Art therapy as a treatment modality for chronic pain patients evaluated through their drawings. Unpublished master's thesis, School of Performing and Visual Arts, United States International University, San Diego.

Calfisch, M., & Alvin, P. (1997). L'adolescent face à son corps. In Payot (Ed.), La santé des adolescents, Approches, soins et prévention. (pp. 223 - 228). Lauzanne, Nadir, s.a : Les presses de l'Université de Montréal.

Capdevielle, V., & Doucet, C. (1999). Psychologie clinique et psychopathologie. Armand Colin, Paris.

Cerio, R., & Jackson, W. F. (1992). Les allergies cutanées. Wolfe Publishing, Ltd.

Chabin, D. & Marimbert, J. -J. (2000). Philosophie. Paris: Vuibert.

Chirpaz, F. (1963). Le corps. (Initiation philosophique). Paris : PUF.

Choquet, M., Michaud, P. -A., & Frappier, J. -Y. (1997). Les adolescents et leur santé : repères épidémiologiques. In Payot (Ed.), La santé des adolescents, Approches, soins et prévention. (pp. 65-85). Lauzanne, Nadir, s.a : Les presses de l'Université de Montréal.

Dannecker, K. (1991). Body and Expression : Art therapy with Rheumatoid Patients. The American Journal of Art Therapy, 29, 110-11

Davison, G. C., & Neale, J. M. (1982). Abnormal psychology : an experimental clinical approach. (3rd ed). New-York : John Wiley & Sons.

Delthy, M. (1992). Maladies psychosomatiques et troubles de la sexualité. Lyon : Chronique sociale.

Desaulniers M. (1998). Plaisir honteux. Montréal : Les éditions remue-ménage.

Dolto, F. (1981). Les sensations coenesthésiques d'aise ou de malaise, origine des sentiments de culpabilité. (pp.18-38). Au jeu du désir. Paris : Seuil, Points.

Dolto, F., & Nasio, J. -D. (1987). L'enfant du miroir. Paris : Rivages.

Duguay, M. (1996). La psychosomatique. La psychothérapie analytique des états somatiques. In Gaëtan Morin (Ed.), La psychothérapie psychanalytique, une diversité de champs cliniques. (pp. 269 - 280). Montréal, Paris, Casablanca.

Fédida, P.(1997). Soma et psyché. In Albin Michel (Ed.), Dictionnaire de la psychanalyse. (pp. 108 - 113). Paris: Encyclopaedia Universalis.

Filotto, J. -F. (1996). La psychothérapie dynamique brève. In Gaëtan Morin (Ed.), La psychothérapie psychanalytique, une diversité de champs cliniques. (pp. 437 - 449). Montréal, Paris, Casablanca.

Fisher, S. (1970). Body experience in fantasy and behavior. New York : Appleton-Century-Crofts, Educational division, Meridith Corporation.

Fleming, M. M., & Cox, C. T. (1989). Engaging the somatic patient in healing through Art. Advances in Art Therapy. (pp. 169 -180). New-York : John Wiley & Sons.

Freud, A. (1958 /1997). L'adolescence. Dans Adolescence et psychanalyse : une histoire. (Trad. par Daniel Wildlöcher). Paris & Lausanne : Delachaux et Niestlé. (trad. de Adolescence,1976), 69-100.

Freud, S. (1900/1971). L'interprétation des rêves. (Trad. par I. Meyerson). Paris : PUF. (Trad. de Die Traumdeutung, 1929).

Freud, S. (1905/1987). Les métamorphoses de la puberté. (Trad. par Ph. Koeppel). Dans Trois essais sur la théorie sexuelle, Paris : Gallimard, 141-175.

Freud, S. (1939/1975). Abrégé de psychanalyse. (Trad. par A. Berman). Paris : PUF. (Trad. de Abriss Der Psychoanalyse, 1946).

Gantheret, F. (1997). Winnicott. In Albin Michel (Ed.), Dictionnaire de la psychanalyse. (pp.878 - 882). Paris : Encyclopaedia Universalis.

Golse, B. (1999). Du corps à la psyché. Psychosomatique et processus psychiques. Le point de vue du psychiatre d'enfant. Paris: PUF

Granboulan, V. (1997). Les conduites à risque ,médical, judiciaire, social. In Payot (Ed.), La santé des adolescents, Approches, soins et prévention. (pp. 426 - 429). Lauzanne, Nadir, s.a : Les presses de l'Université de Montréal.

Gregoire, P. (1990). La complémentarité et les divergences des mots et des images comme média de conscientisation et de thérapie. In Irene Jakab (Ed.), Les média artistiques en tant que véhicule de communication. (pp. 99 - 104). Montréal : Congrès International de Psychopathologie de l'expression.

Gusdorf, G. (1966). La Parole. Paris : PUF.

Guyomard, P. (1997). Lacan. In Albin Michel (Ed.), Dictionnaire de la psychanalyse. (pp.407 - 417). Paris : Encyclopaedia Universalis.

Hanigan, P. (1997). La jeunesse en difficulté. Québec: Presses de l'Université du Québec.

Hirigoyen, M. -F. (1999). Le harcèlement moral. La violence perverse au quotidien. Paris : Syros, Fidion.

Hirsh, M. (1994). The body as a Transitional Object. Psychotherapy Psychosomatics, 62 : 78-81.

Jacquin, P. (1997). Le garçon et ses spécificités. In Payot (Ed.), La santé des adolescents, Approches, soins et prévention. (pp. 141 - 147). Lauzanne, Nadir, s.a : Les presses de l'Université de Montréal.

Jeammet, P., & Corcos, M. (1999). Évaluation et prise en charge des troubles des conduites alimentaires à l'adolescence. Prisme, 30, 28-50.

Jetté, C. (1994). Le potentiel thérapeutique de la régression en Art-thérapie. Thèse de Maîtrise non publiée, Département d'Enseignement de l'Art et d'Art-thérapie, Université Concordia, Montréal, Québec, Canada.

Johnson, S. L. (1997). Somatoform disorders. Therapist guide to clinical intervention. (pp. 54 - 60). San Diego, London, Boston, New York , Sydney, Tokyo, Toronto : Academic Press. AC.

Kaufman, P. (1997a). Agressivité. In Albin Michel (Ed.), Dictionnaire de la psychanalyse. (pp. 25 - 29). Paris : Encyclopaedia Universalis.

Kaufman, P. (1997b). Imaginaire & imagination. In Albin Michel (Ed.), Dictionnaire de la psychanalyse. (pp. 312 - 331). Paris : Encyclopaedia Universalis.

Keller, P. -H. (1997). La médecine psychosomatique en question, le savoir du malade. Paris : Odile Jacob.

Kellog, R. (1969). The Psychology of Children's Art. New York : Random House.

Khan, M. R. (1971). Préface de Winnicott. La consultation thérapeutique et l'enfant. (pp. XIV-XV). (Trad. par Claude Monod). Paris: Gallimard.

Kristeva, J. (1993). Les nouvelles maladies de l'âme. Paris: Fayard.

Lacan, J. (1949/ 1999). Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je, In « Écrits I », (pp.92-99) Paris : Seuil.

Lacan, J. (1953/1975). Les écrits techniques de Freud. Le séminaire, livre I. (texte établi par Jacques-Alain Miller). Paris : Seuil.

Laget, J., & Halfon, O. (1997). La prévention en santé mentale. In Payot (Ed.), La santé des adolescents, Approches, soins et prévention. (pp. 576-583). Lauzanne, Nadir, s.a : Les presses de l'Université de Montréal.

Lalonde, P., Aubut, J., & Grunberg, F. (1999). Psychiatrie clinique. Une approche bio-psycho-sociale. Tome I, Introduction et syndromes cliniques. Montréal, Paris: Gaëtan Morin.

Lang, H. (1995). Hermeneutics and Psychoanalytically Oriented Psychotherapy. American Journal of Psychotherapy, vol 49, (2) Spring.

Lemay, M. (1982) Le jeune à structure délinquante. Actes du colloque de Centres jeunes.

Lemay, M. (1983). L'éclosion psychique de l'être humain. Paris: Fleurus.

Levick, M. F. (1983). They could not talk and so they drew. Children's Styles of Coping and Thinking. Springfield, Illinois : Charles C Thomas Publisher.

Lowenfeld, V., & Lambert Brittain, W. (1982). Creative and Mental Growth. Macmillan Publishing, (7th Ed.), New York, London : Collier Publishers.

Marcelli, D. (1997a). L'adolescence une épreuve psychique particulière. In Payot (Ed.), La santé des adolescents, Approches, soins et prévention. (pp. 44 - 53). Lauzanne, Nadir, s.a : Les presses de l'Université de Montréal.

Marcelli, D. (1997b). La santé mentale, le bien-être et l'émergence de la psychopathologie. In Payot (Ed.), La santé des adolescents, Approches, soins et prévention. (pp. 335 - 338). Lauzanne, Nadir, s.a : Les presses de l'Université de Montréal.

Marcelli,D.(1997c). La dépression. In Payot (Ed.), La santé des adolescents, Approches, soins et prévention. (pp. 352 - 360). Lauzanne, Nadir, s.a : Les presses de l'Université de Montréal.

Marcelli,D.(1997d). La dépendance In Payot (Ed.), La santé des adolescents, Approches, soins et prévention. (pp. 378 - 386). Lauzanne, Nadir, s.a : Les presses de l'Université de Montréal.

Marty, P. (1991). Mentalisation et psychosomatisme. Paris: Les empêcheurs de tourner en rond.

McDougall, J. (1982). Théâtres du Je. Éditions Gallimard.

McDougall, J. (1989). Théâtres du corps. Éditions Gallimard.

Ménahem, R. (1997). Joyce Mc Dougall. Paris: PUF.

Michaud, P-A; Tursz, A.(1997). La prévention des accidents. In Payot (Ed.), La santé des adolescents, Approches, soins et prévention. (pp. 441 - 449). Lauzanne, Nadir, s.a : Les presses de l'Université de Montréal.

Miller, J. -A. (1985). Réflexions sur l'enveloppe formelle du symptôme, Actes de l'Ecole de la Cause freudienne, Les formes du symptôme, vol IX, Paris.

Mimoun, S.(1992). La consultation psychosomatique. Paris: Les empêcheurs de tourner en rond.

Onnis, L. (1996). Les langages du corps. La révolution systémique en psychosomatique. Paris: ESF.

Oltmanns, T. F., Neale, J. M., & Davison, G.C. (1995). Abnormal Psychology. (4th Ed.) New York , Chichester, Brisbane, Toronto, Singapore. John Wiley & Sons.

Pautler,T. (1991). A cost-Effective Mind-Body Approach to psychosomatic Disorders. Handbook of Medical Psychotherapy. Cost effective strategies in mental health. Toronto, New York, Bern, Göttingen, Stuttgart : Kenneth N. Anchor, Hogrefe & Huber Publishers.

Pelsser, R. (1989). Manuel de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Montréal, Paris, Casablanca : Gaetan Morin Éditeur
 Reid, W. H., & Wise, M. G. (1995). DSM-IV Training Guide. New York: Brunner / Mazel.

Ponty, M. (1964). Le visible et l'invisible. St-Amand, France : Gallimard.

Robbins, A. (1994). A multi model approach to Creative Art Therapy, London Bristol, Pennsylvania : Jessica Kingsley Publishers.

Ryff, C. D., & Singer, B. (1996). Psychological Well-Being : Meaning, Measurement, and Implications for Psychotherapy Research, Psychotherapy and Psychosomatics, 65: 14-23.

Samy, M. H. (2000). L'analyse de Clémentine ou le difficile passage au verbe. Prisme, no 32, 112-125.

Schmit, G. (1997). L'adolescent, sa famille, la société. In Payot (Ed.), La santé des adolescents, Approches, soins et prévention. (pp. 55 - 61). Lauzanne, Nadir, s.a : Les presses de l'Université de Montréal.

Schaverien, J. (1989). Transference and the picture : Art Therapy in the treatment of Anorexia. Inscape. (Spring, 89), 14-17
 Sédat, J.(2000). Freud. Paris: Armand Colin.

Spitz, R. A. (1968). De la naissance à la parole. (Trad. par Liliane Flournoy) (Trad. de The First Year of Life) Paris: PUF.

Stoudemire, A. (1991). Somatothymia Parts I and II. Psychosomatics, Vol. 32, (4), 365-381.

Valleur, M. (1987). Jeunesse, toxicomanie et délinquance : de la prise de risques au fléau social. Conférence prononcée lors du Colloque provincial sur les jeunes , l'alcool et les drogues. (pp. 18- 35). Montréal : Université de Montréal.

Verdenal, R. (1979). La philosophie de Bergson. In Marabout (Ed.), La philosophie. (pp. 260 - 284). Verviers, Belgique : Hachette.

Vergote, A. (1985). The symbolic Body and the Symbolic Symptom. International Journal of Psychology , 20 , 419-437.

Verrier, P.; Bernier P.(1996). chap 16, La psychosomatique. La psychothérapie utilisant une médiation corporelle. In Gaëtan Morin (Ed.), La psychothérapie psychanalytique, une diversité de champs cliniques. (pp. 255 - 268). Montréal, Paris, Casablanca.

Winnicott, D.W. (1971a). La consultation thérapeutique et l'enfant. (Trad. par Claude Monod). Paris: Gallimard.

Winnicott, D.W.(1971b). Jeu et réalité. L'espace potentiel. Éditions Gallimard.

BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE

Aldridge, D. (1996). The body, its politics, posture and poetics. The Arts in Psychotherapy, 23, (2), 105 - 112.

Amari, D. A. (1986). The use of clay to form Potential space with a bulimic Patient. Pratt Institute Creative Arts Therapy Review, 7, 13 - 21.

Bear, B. (1981). An exploration of creative expression and relaxation as stress-resolving experiences : Some special implications for chronically ill and severely disabled population. Unpublished doctoral dissertation, Graduate School of The Ohio State University, Ohio.

Caïn, J. (1990) Le champ psychosomatique. Paris : PUF.

David-Ménard, M. (1997). Corps. Le corps et la psychanalyse. In Albin Michel (Ed.), Dictionnaire de la psychanalyse. (pp. 85 - 104). Paris: Encyclopaedia Universalis.

Eiguer, A. (1999). Du bon usage du narcissisme. Paris: Bayard.

Freud, S. (1926/1951). Inhibition, symptôme et angoisse. (Trad. par Paul Jury et Ernest Fraenkel). Paris : PUF. (Trad. de Hemmung, Symptom und Angst, 1926)

Freud, S. (1915 /1968). Deuil et mélancolie. In Gallimard (Ed.), Métapsychologie. (Trad. par Jean LaPlanche et J.-B. Pontalis). (pp. 147 - 174). Paris : NRF.

Kamieniecki, H. (1994). Histoire de la psychosomatique. Que sais-je ? no. 2851. Paris : PUF.

Lelièvre, André, (1996). La psychosomatique. Les interventions thérapeutiques d'orientation psychanalytique en consultation-liaison intrahospitalière. In Gaëtan

Morin (Ed.), La psychothérapie psychanalytique, une diversité de champs cliniques. (pp. 241 - 253). Montréal, Paris, Casablanca.

Levine, S. K. (1996). The Expressive Body : a fragmented totality . The Arts in Psychotherapy, 23, (2), 131-136.

Levy, F. J. (1988). Dance Movement Therapy, A healing Art. National Dance Association, American Alliance for health, physical Education, Recreation, and dance. VA : NDA, AAHPERD

Linesch, D. (1994). Interpretation in art therapy research and practice : The hermeneutic circle. The Arts in Psychotherapy, 21 (3), 185-195.

Marin, L. (1997). La sémiotique du corps. In Albin Michel (Ed.), Dictionnaire de la psychanalyse. (pp. 88 - 97). Paris: Encyclopaedia Universalis.

Marty, P. (1990). La psychosomatique de l'adulte. « Que sai-je ? » no 1850. Paris : PUF.

Mc Dougall, J. (1991). De l'indicible à l'interprétation. In, Joyce Mc Dougall, par Ruth Menahem, (pp. 83 - 92). Paris: PUF, 1997.

Mc Dougall, J. (1992). Corps et langage. Du langage du soma aux paroles de l'esprit. In, Joyce Mc Dougall, par Ruth Menahem, (pp. 120 - 128). Paris: PUF, 1997.

Mc Dougall, J. (1995). Créativité : masculin, féminin. In, Joyce Mc Dougall, par Ruth Menahem, (pp. 92 - 107). Paris: PUF, 1997.

Postel, J. (1997). Schéma corporel et image de soi. In Albin Michel (Ed.), Dictionnaire de la psychanalyse. (pp. 104 - 108). Paris: Encyclopaedia Universalis.

Saint-Martin, F. (1994). Sémiologie psychanalytique et esthétique. De l'interprétation en arts visuels. (pp. 155 - 174). Montréal : Triptyque.

Sami-Ali, M. (1987). Penser le somatique, imaginaire et pathologique. Paris : Bordas.

Sami-Ali, M. (1974). L'espace Imaginaire. Paris : Gallimard.

Tillich, P. (1962). Le courage d'être. (Trad. par Fernand Chapey). Paris: Casterman. (Trad. de The courage to be).

Winnicott, D. W. (1945/1969). Le développement affectif primaire. (Trad. Jeannine Kalmanovitch). De la pédiatrie à la psychanalyse.(pp. 57 - 71). (Trad. de Collected Papers. Through Paediatrics to Psycho-Analysis). Paris : Payot, 1969.

Winnicott, D. W. (1949/1969). L'esprit et ses rapports avec le psyché-soma. (Trad. Jeannine Kalmanovitch). De la pédiatrie à la psychanalyse.(pp. 135 - 149). (Trad. de Collected Papers. Through Paediatrics to Psycho-Analysis). Paris : Payot, 1969.